

**Dossier lecturas complementarias sesión 29 de
septiembre "Propuestas económicopolíticas y social de
la enfermedad. Modelo relacional y reificación de la
enfermedad."**

Segundo semestre 2023

Antropologías aplicadas: Antropología y Salud

Profesora:

Sol Anigstein

**Ayudantes: Diego Badilla, Yareth Carbonell,
Aylin (Mia) Hernández, Carla Ortiz,
Sol Nadjar y Javiera Vallejos**





Índice



Sesión 29/09: Propuestas económico-políticas y social de la enfermedad. Modelo relacional y reificación de la enfermedad.

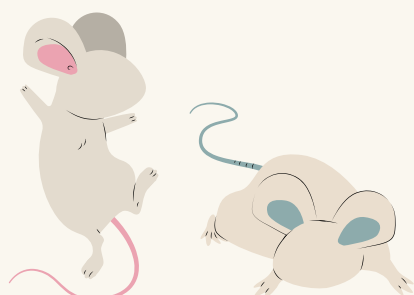
Pizza, G. (2006). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 15-32. **3**

Anigstein, M., Ferrer-Lues, M., Watkins, L., Robledo, C. y Bosnich, M. (2021). De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares. *Cad. Saúde Pública*, 37(12), pp. 1-12. **21**

Anigstein, María Sol, Ferrer-Lues, Marcela, Watkins, Loreto, Robledo, María Consuelo, & Bosnich, Milenka. (2021). Being for Others and Material Conditions: The Limits of the “Healthy Lifestyles” Notion for Chilean Women. *Medical Anthropology*, 40(8), pp. 745-758. **33**

Fassin, D. (2021). El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida. *Revista de la escuela de antropología*, 18, pp. 1-23. **48**

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 49-78. **71**



Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea.
Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency)
y transformaciones de la persona¹

Antonio Gramsci and medical anthropology
today. Hegemony, agency and transforming
persons

Antonio Gramsci e l’antropologia medica ora.
Egemonia, agentività (agency) e trasformazioni
della persona

Giovanni PIZZA

Sezione Antropologica del Dipartimento Uomo e Territorio, Università di Perugia
gpizza@unipg.it

Recibido: 7 de febrero de 2005

Aceptado: 18 de mayo de 2005

Resumen

Este artículo tiene un solo objetivo: mostrar la urgencia para la antropología médica contemporánea de una lectura directa y reflexiva de la obra de Antonio Gramsci (1891-1937). El pensamiento dialógico y experimental de Gramsci parece eludir todas las clasificaciones interpretativas forjadas por sus exégetas, incluida la teoría antropológica. El autor de este artículo subraya la vocación antropológica de Gramsci, y explora tres grandes cuestiones en particular: hegemonía, *agency* y transformaciones de la persona. En Gramsci hay una atención dramática y reflexiva a la experiencia corporal del sufrimiento, a los procesos de incorporación, y al mismo tiempo una “observación comprometida” que puede ser calificada de etnográfica, de la microfísica de las transformaciones sociales, de la hegemonía del Estado y de la *agency* individual y colectiva. La crítica gramsciana puede empujar a la antropología médica contemporánea a enfatizar los aspectos políticos de los procesos de incorporación, con el objetivo de cuestionar la dicotomía salud-enfermedad para concebirla en su lugar como proceso sociopolítico. Ello implica el refuerzo de una metodología crítica, reflexiva y auto-objetivante en el propio campo científico-académico de la antropología médica.

¹ El presente artículo es una versión revisada del escrito presentado al congreso internacional: “Medical anthropology at home. Medical anthropology, welfare state and political engagement”. Perugia, 24-27 de septiembre de 2003.

Palabras clave: antropología médica, antropología médica italiana, Antonio Gramsci, hegemonía, capacidad de actuar –*agency*–, transformación, persona, cuerpo, poder, salud-enfermedad, relaciones de fuerza, incorporación, cárcel, molecular, compromiso político, desigualdades, subjetividad, Estado.

Abstract

This article has only one aim: to demonstrate the urgency for contemporary medical anthropology of a direct and reflexive reading of the works of Antonio Gramsci (1891-1937). Gramsci's dialogic and experimental way of thinking seems to elude all the interpretive classifications furnished by the exegetes or by anthropological theory. The author of this article lays stress on Gramsci's anthropological vocation and explores three main questions: hegemony, agency, and transformations of the person. There is a dramatic and reflexive attention in Gramsci for the bodily experience of suffering, for the embodiment processes, and at the same time an "engaged observation", which can be called ethnographic, of the microphysics of social transformation, the hegemony and the agency of the State, the person, and the collectivity. The Gramscian critique can push contemporary medical anthropology to lay stress on the political aspects of embodiment in order to put into question the health-illness dichotomy and to conceive it instead as a socio-political process. This involves a reinforcement of a critical, reflexive, self-objectifying methodology inside the medical anthropological scientific and academic field itself.

Key words: medical anthropology, italian medical anthropology, Antonio Gramsci, hegemony, agency, transformation, person, body, power, health-illness, relations of force, embodiment, prison, molecular, political engagement, inequalities, subjectivity, State.

Riassunto

Questo saggio ha un solo scopo: mostrare l'urgenza per l'antropologia medica contemporanea di una lettura diretta e riflessiva dell'opera di Antonio Gramsci. Il pensiero dialogico e sperimentale di Gramsci sembra eludere tutte le classificazioni interpretative fornite dagli esegeti, incluse le letture antropologiche. L'autore di questo saggio sottolinea la vocazione antropologica di Gramsci ed esplora in particolare tre argomenti: l'egemonia, l'*agency*, e le trasformazioni della persona. In Gramsci vi è una attenzione drammatica e riflessiva alla esperienza corporea della sofferenza, e ai processi di incorporazione, e anche una "attenzione impegnata", che può essere definita etnografica, per le microfisiche della trasformazione sociale, l'egemonia dello Stato e l'*agency* individuale e collettiva. La critica gramsciana può spingere l'antropologia medica contemporanea a sottolineare la dimensione politica dei processi di incorporazione in modo da rimettere in questione la dicotomia salute-malattia per concepirla come processo sociopolitico. Ciò richiede il rafforzamento di una metodologia critica, riflessiva e autogettivante all'interno dello stesso campo scientifico-accademico dell'antropologia medica.

Parole chiave: antropologia medica, antropologia medica italiana, Antonio Gramsci, egemonia, agency (capacità di agire), trasformazione, persona, corpo, potere, salute-malattia, rapporti di forza, incorporazione, carcere, molecolare, impegno politico, disuguaglianze, soggettività, Stato.

SUMARIO: 1. Introducción: Antonio Gramsci hoy. 2. Hegemonía: el Estado como fábrica de cuerpos. 3. Capacidad de actuar –*agency*–: la voluntad del "gorila amaestrado". 4.

Transformaciones de la persona: procesos moleculares y políticas del cuerpo. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

“Cuando no escribo nada sobre la salud, quiere decir que todo es normal en el ámbito carcelario”. Carta de Antonio Gramsci a Tanía, 5 de Octubre de 1931 (Gramsci, 1996: 477)

1. Introducción: Antonio Gramsci hoy

Con este escrito persigo un único objetivo: subrayar la urgencia para la antropología médica contemporánea de una relectura directa y reflexiva de la obra de Antonio Gramsci (1891-1937). Michel Foucault sostenía en 1984 que Gramsci era el autor más citado y menos conocido. A veinte años de aquella compartida afirmación, Gramsci continúa siendo citado de manera indirecta en algunas influentes corrientes de la antropología médica anglosajona². En 1988 un volumen de *Medical Anthropological Quarterly*, dirigido por Ronald Frankenberg (1988a, 1988b), supuso una importante contribución. Probó la eficacia que puede tener la lectura directa de Gramsci para una renovación crítica de la disciplina, fundada en una relación más estrecha entre teoría antropológica, praxis etnográfica y compromiso político. Gramsci se introduce en el mundo anglosajón sobre todo a través de los estudios culturales y la relectura de Raymond Williams (1977)³. El límite “textual” de estos estudios parece producir contradicciones justamente con el pensamiento gramsciano que está fuertemente anclado a la praxis. En Gramsci existe una tensión dramática y reflexiva hacia la comprensión de los aspectos subjetivos y de las formas de incorporación⁴ –*embodiment*– de la dialéctica social, a la que él está íntimamente ligado a través de la lucha política. Pero hay una atención participante, que no dudo en definir como etnográfica, a las microfísicas de la transformación social, a la hegemonía del Estado y a la “capacidad de actuar” –*agency*– individual y colectiva⁵. Hasta el

² Son, por ejemplo, las referencias a Marx y Gramsci en Baer, Singer y Susser (1997); Lindenbaum y Lock (1993); y Singer y Baer (1995).

³ Traducción española de 1980: Raymond Williams. *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.

⁴ La reflexión contemporánea de la antropología del cuerpo se funda en la noción de incorporación. La incorporación es la condición existencial del hombre: estar en el mundo habitándolo con el propio cuerpo y habituándose a ello (Csordas, 1990, 1994; Scheper Hughes, 2000). Para una propuesta en el marco de la antropología médica italiana, con referencia también a los trabajos de Ernesto De Martino, ver Pizza, 1998, 2005.

⁵ El término *agency* se ha incorporado en los estudios de antropología del cuerpo a fines de los años ochenta del siglo pasado para subrayar la necesidad de tener en cuenta la “capacidad de actuar” de las personas en la investigación de los procesos socioculturales (Ahearn, 2001). Este enfoque se ha inspirado en los movimientos feministas, que han sido uno de los primeros sujetos sociales en subrayar la importancia de la “esfera personal”, de la corporeidad, en el análisis de las dinámicas políticas y de la participación en ellas. En los años ochenta esta noción ha contribuido a renovar los estudios antropológicos, que se encaminaron hacia una refundación basada en una “teoría de la práctica”, es

año pasado no apareció en los Estados Unidos un valioso estudio de Kate Crehan (2002)⁶, que muestra cómo la lectura directa de Gramsci permite a los antropólogos desfamiliarizarse del vocabulario clásico de la antropología y acceder a una teoría radicalmente crítica del concepto de cultura. Ya en la primera década del siglo pasado, Gramsci elaboró en sus escritos juveniles pre-carcelarios una descomposición del concepto de cultura, que evita toda visión esencialista y lleva a considerar la cultura como pensamiento en acción y proceso dialéctico de conocimiento, producción y transformación del yo, dentro de un campo de fuerzas históricas.

La situación se muestra distinta en la antropología italiana, ya que se han sucedido varios decenios de debates sobre la importancia de los escritos gramscianos en la investigación antropológica, desde 1948, justo después de la publicación de las cartas desde la cárcel y de los primeros cuadernos⁷. Sin embargo, hoy en día Gramsci parece estar desatendido por la antropología general. En contra de esta tendencia, se detecta una extraordinaria reactivación y relectura de los estudios históricos, filosóficos y políticos de Gramsci, que han ido aumentando durante los últimos diez años en Italia y todo el mundo, particularmente en Brasil y toda América Latina⁸. Pero, tanto en Italia como en otros lugares, a este florecimiento de estudios le cuesta interactuar y dialogar con la antropología. Paralelamente a Ernesto De Martino, Tullio Seppilli promovió desde muy joven, en los primeros años cincuenta, la fundación de una antropología médica italiana en un itinerario Marx-Gramsci, desligado del reduccionismo ideológico y del positivismo mecánico⁹. En esta

decir, en una mayor atención dirigida no sólo a las modalidades a través de las cuales los seres humanos son contruidos socialmente, sino también a los modos mediante los que éstos construyen la sociedad con sus prácticas. En este sentido, las nociones de *agency* y de incorporación resultan centrales para comprender los procesos de transformación social, en tanto subrayan de qué modo la capacidad de actuar de las personas puede influir y modificar las estructuras sociales y políticas y, al mismo tiempo, de qué manera tales estructuras tienden a influir, condicionar o dominar la capacidad de los sujetos. Me parece que la noción de *agency*, al alejarse de las teorías basadas en un rígido determinismo social y cultural de los comportamientos humanos, impulsa a redescubrir la aportación crítica de Antonio Gramsci sobre la relación entre conocimiento y “praxis” en los procesos de transformación de la cultura y de la sociedad.

⁶ Traducción española en 2004: Kate Crehan. *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra.

⁷ El debate antropológico italiano sobre la aproximación gramsciana a la cultura popular –conocido como “debate sobre el folklore”– se promovió a partir de De Martino (1949). Para su reconstrucción ver: Angelini (1977); Cirese (1976); Clemente, Meoni y Squillacciotti (1976); Di Nola (1978); Lombardi Satriani (1980); Pasquinelli (1977); Rauty (1976); y Seppilli (1980).

⁸ Sobre el pensamiento gramsciano son interesantes en Italia las relecturas político-filosóficas, socio-pedagógicas e histórico-políticas de Baratta (2000), Ragazzini (2002), Burgio (2003) y Frosini (2003). A menudo tales estudios no dialogan con la tradición italiana del debate antropológico sobre Gramsci. En América Latina, ver VV.AA. (1991). Al contrario, las escuelas de antropología de la salud en México son muy sensibles a una relectura de Gramsci: ver las obras de Eduardo L. Menéndez (1984, 1990).

⁹ Al menos lo manifiestan los trabajos de Seppilli en 1956, 1959, 1980, y 1996. Ver Seppilli (1998, 2002) para una reconsideración del itinerario Marx-Gramsci a través de la relectura directa de estos autores respecto a la antropología.

misma línea está comprometido en la actualidad con una antropología científica, que reflexiona críticamente sobre las políticas sanitarias y su centralidad estratégica, ya sea en el proceso de reestructuración del capitalismo contemporáneo o en idear nuevas perspectivas de compromiso político.

En este contexto he llevado a cabo un seminario de lectura directa de la obra gramsciana (Pizza, 2001-2002). Cuando leímos a Gramsci en el seminario nos encontramos con un pensamiento vivo, dialogante y experimental que huía de toda clasificación interpretativa proporcionada por las exégesis o incluso por las lecturas antropológicas. Resultaba, más que la importancia de un uso antropológico del pensamiento gramsciano, una verdadera “vocación antropológica” de Gramsci. Diré en seguida que fue Gramsci quien definió su idea de la filosofía de la praxis –término con el cual se refería al materialismo histórico– como una “filología viviente”, y en algunos de sus cuadernos como “antropología”. Cito directamente del texto de Gramsci:

Se puede decir que el factor económico... no es más que uno de tantos modos con el que se manifiesta el más profundo proceso histórico –factor de raza, religión, etc.–, pero es este proceso más profundo lo que la filosofía de la praxis intenta explicar y, justamente por eso, es una filosofía, una “antropología”, y no un simple canon de investigación histórica (1975: 1917)¹⁰.

El término “antropología” en Gramsci tiene que ver con su idea de hombre como “producto histórico”, y con la rigurosa crítica al reduccionismo naturalista de las ciencias biológicas. Se trata de una atención política al “viviente” que no ha sido siempre entendida. Como recuerda en sus memorias Athos Lisa, su compañero de cárcel, él “no proponía jamás problemas abstractos, que no tuviesen cabida en la vida de los hombres o que no tuvieran vínculos con ésta” (Lisa, 1973: 77). Pero esta capacidad de crear en la propia acción política e intelectual una relación unitaria, crítica, dialéctica entre teoría y práctica es, por un lado, una dura oposición a la aproximación idealista que separa la voluntad de los sujetos históricos y, por otro lado, queda muy lejos también del empirismo, del pragmatismo, de una visión mecánica del materialismo que reduce la vida social y cultural a la cuestión de las relaciones productivas. La interpretación de la obra de Gramsci es a menudo tradu-

¹⁰ Edición crítica coordinada por Valentino Gerratana. Los *Cuadernos de la Cárcel* fueron escritos en prisión bajo el régimen fascista entre 1929 y 1935, publicados en una primera edición temática por Einaudi a partir de 1948; primera edición crítica Einaudi, 1975. Traducción inglesa en 1971: *Selection from the Prison Notebooks*, editado y traducido por Quentin Hoare y Geoffrey Nowell Smith. London: Lawrence & Wishart. Traducción inglesa en 1995: *Further Selections from the Prison Notebooks*, editado y traducido por Derek Boothman. London: Lawrence & Wishart. Traducción española en 1981-2005: *Cuadernos de la Cárcel*. Edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana. México: Era. 6 volúmenes.

cida bajo imposiciones externas que, a veces, han forzado las sugerencias gramscianas incluso en una clave antropológica “clásica” que le era extraña. La antropología gramsciana no coincide con la antropología clásica. Esta mezcla extraordinaria entre pensamiento y vida, este esfuerzo continuo por elaborar una teoría viviente, saca constantemente su fuerza, más que de una incesante actividad de estudio, del saber producido en la lucha obrera y de la experiencia del cuerpo vivido en las vicisitudes personales de su propio sufrimiento físico que le acompañó toda su vida. En relación a este punto, algunos estudiosos han intentado incluso psicologizar y medicalizar su figura y, parece increíble, pero recientemente una psiquiatra italiana (Rudas, 1999) ha escrito un ensayo en el que propone una suerte de *culture-bound syndrome*, ligada a la región de Cerdeña, lugar natal de Gramsci, ¡para explicar la relación entre genialidad y sufrimiento en Gramsci!

El esfuerzo que nosotros intentamos llevar a cabo en el seminario ha sido “comprender y sentir” –es así como Gramsci entiende la doble acción intelectual– la cualidad “viviente” que impregna toda su obra. Hemos interpretado su “filología viviente” como una llamada exquisitamente antropológica a colocar los conceptos en el punto más íntimamente cercano a la “experiencia” de los sujetos históricos en carne y hueso. He aquí un ejemplo. En una carta desde la cárcel a Tania el 19 de Noviembre de 1928, Gramsci reflexiona sobre su aislamiento y expresa con claridad esa tensión que a nosotros nos parece humana, política y etnográfica al mismo tiempo:

Leo mucho, libros y revistas; mucho, sobre la vida intelectual que se puede llevar recluido. Pero he perdido mucho del gusto de la lectura. Los libros y las revistas dan sólo ideas generales, pinceladas sobre corrientes generales de la vida en el mundo –más o menos bien logradas–, pero no pueden dar la impresión inmediata, directa, viva de la vida de Pedro, de Pablo, de Juan, de simples personas reales, sin entender a éstos no se puede entender aquello que está universalizado o generalizado (Gramsci, 1996: 222)¹¹.

A diferencia de tantos maestros del pensamiento crítico contemporáneo, Gramsci no está interesado en la creación de una nueva teoría de la realidad social que pueda ofrecer los instrumentos para después actuar en la praxis. Al contrario, está interesado en elaborar una teoría viviente, que refleje en su constitución la experiencia concreta de la vida real y desde la que brote una actividad práctica, una iniciativa de voluntad, un diálogo de transformación.

Es justamente la emoción sentida en la lectura directa lo que me motiva a comunicaros la urgencia de un retorno a Gramsci. Lo haré siguiendo los puntos indica-

¹¹ Edición original en 1947: Torino: Einaudi. Traducción inglesa en 1994: *Letters from Prison*, edición y traducción de Frank Rosengarten y Raymond Rosenthal. New York: Columbia University Press. 2 volúmenes. Traducción española en 2003: *Cartas desde la Cárcel, 1926-1937*. México: Era. Ver asimismo *Antología*. Edición a cargo de Manuel Sacristán. Buenos Aires: Siglo XXI.

dos en los subtítulos del texto: la hegemonía, la “capacidad de actuar” –agency– y la cuestión de la transformación.

2. Hegemonía: el Estado como fábrica de cuerpos

Hegemonía es el concepto gramsciano más afortunado pero también el más malinterpretado. A veces es interpretado únicamente como la función de dominio de las conciencias, ejercitada en el cuadro de una oposición entre clases hegemónicas y subalternas. Tal dicotomía constituye una de las más desorientadoras interpretaciones del texto gramsciano; quien lea directamente a Gramsci no encontrará jamás en su pensamiento una fuerte separación entre cultura hegemónica y subalterna, pero sí un acento en las dimensiones mínimas, íntimas, de la dialéctica hegemónica observada sobre todo en sus contradicciones. El pensamiento gramsciano es constantemente desnaturalizante y antiesencialista. No por casualidad recurre siempre al sarcasmo y a la ironía como potentes instrumentos críticos y dialógicos. Es un pensamiento dinámico que te lleva a no considerar como realidades eternas las ordenaciones provisionales de poder reflejadas en los conceptos mismos. La oposición hegemónico/subalterno es un equívoco que se ha reproducido incluso en las antropologías médicas estadounidenses, que a menudo han ofrecido una imagen mecánica de crítica de la hegemonía biomédica, olvidando las formas de resistencia y creatividad transformadora de los agentes subalternos. La hegemonía no es sólo el poder estatal que ejercita su autoridad en la acción coercitiva y la organización de un consenso naturalizado por los sujetos como “espontáneo”. Hegemonía es también una política de transformación ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos. El Estado actúa como una “oficina antropológica” (Burgio, 2003: 101). Asume el deber de elaborar, como escribe Gramsci, “un nuevo tipo humano” (1975: 2146), transformando el cuerpo y produciendo la idea misma de la subjetividad individual. El Estado actúa por lo tanto en la intimidad de los sujetos. Más adelante, en el *Quaderno 23*, en 1934, Gramsci escribe: “Estado significa especialmente dirección consciente de las grandes multitudes nacionales; por lo tanto es necesario un ‘contacto’ sentimental e ideológico con tales multitudes” (1975: 2197). En el *Quaderno 22*, *Americanismo e fordismo* (Gramsci, 1975: 2139-2181) la atención al Estado como fábrica de cuerpos está fundada en la centralidad del cuerpo de los trabajadores, de su exposición a la transformación en el proceso productivo. Pero la relación hegemónica es siempre dialéctica, ya que se muestra activa también desde el lado de la capacidad crítica y antagonista de los sujetos sobre los que el Estado actúa. Por esto es fundamental para la comprensión de las relaciones hegemónicas el análisis concreto y “situado” de las relaciones de fuerza, que actúan, no sobre el sujeto ya constituido, sino sobre la construcción de la subjetividad. El mismo análisis científico de las relaciones de fuerza para Gramsci no tiene ningún valor si no se

engancha a la acción motivada del sujeto encarnado. Por ello, aun partiendo desde la centralidad del cuerpo que trabaja, en *Americanismo e fordismo* Gramsci analiza distintos campos de experiencia corpórea sobre los que actúa la “permanente actividad cultural” de la hegemonía estatal, y los individualiza en la “obsesión sexual”, y en la manipulación hegemónica de la personalidad femenina y de la familia. Son campos estratégicos en los que las personas son actuadas, pero pueden también actuar en sentido transformador. Es en esta parte de los cuadernos donde elabora una teoría sobre la neurosis, rechazando el naturalismo de las explicaciones freudianas y considerando la enfermedad mental como un proceso de incorporación de las contradicciones históricas determinadas por relaciones de fuerza.

3. Capacidad de actuar –agency–: la voluntad del “gorila amaestrado”

En la elaboración de su crítica cultural y social Gramsci descompone los conceptos abstractos de cultura y sociedad en elementos más concretos como el individuo, la persona, el yo, el sujeto, la corporeidad. Pero después también estos mismos conceptos son destruidos, revelados como construcciones por desnaturalizar, productos históricos siempre mudables, prendidos en las relaciones de fuerza que los define y orienta. La radical renovación conceptual creada por Gramsci es actual precisamente porque la descomposición de los conceptos criticados –por ejemplo, la cultura– no produce subconceptos igualmente rígidos –el “cuerpo”, el “individuo”, la “persona”, el “yo”, como sucede en algunas antropologías médicas contemporáneas–, sino que reflexiona sobre la dialéctica material interna a la formación misma de los conceptos, iluminando la dimensión política de la teoría. La teoría refleja las relaciones de fuerza y las ordenaciones de poder y sólo, si elige declarar y no ocultar su implicación en las contradicciones reales, colocándose dentro del flujo concreto de la experiencia real, puede unirse a la praxis transformadora.

La constante atención a los procesos de formación de la subjetividad, producidos en la dialéctica hegemónica, conduce a Gramsci a una pionera crítica del psicoanálisis freudiano¹². Gramsci critica decisivamente y con sarcasmo e ironía la invención del inconsciente y la construcción del yo psicológico. La cuestión del sufrimiento psicológico, según Gramsci, es el resultado de un proceso de incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza que regulan la experiencia social. Los indicios de esta crítica están dispersos a lo largo de las cartas y los cuadernos. En las cartas la motivación principal de la crítica se centra en el hecho de que su mujer Giulia Shucht, víctima de perturbaciones nerviosas, se había sometido

¹² Gramsci escribe: “Por tanto el freudismo es más una ‘ciencia’ para aplicar en las clases superiores y se podría decir, parafraseando a Bourget –o un epigrama sobre Bourget–, que el ‘inconsciente’ empieza sólo después de tantas decenas de miles de liras de renta” (1975: 1833).

do a la cura del psicoanálisis¹³. La perspectiva crítica gramsciana del psicoanálisis es de gran interés a pesar de su carácter sintético e intuitivo. Las neurosis, según Gramsci, son reconducidas directamente a aquella “fabricación” de un nuevo tipo humano llevada a cabo por el capitalismo fordista.

Después de haber mostrado cómo el capitalismo fordista apunta a la creación de un “nuevo tipo humano”, a través de una verdadera y propia transformación física del obrero, resalta también cómo este proceso es deconstruible. La cínica expresión de Taylor, sobre el obrero como “gorila amaestrado”, es irónicamente desmontada por Gramsci, para resaltar cómo ésta puede ser completamente trastocada por la capacidad de actuar, *agency*, del obrero, que no sólo puede resistirse sino que también puede orientar hacia acciones no conformistas la misma transformación física a la que es sometido. El “gorila amaestrado” tiene una voluntad. E incluso la propia “animalidad” del cuerpo del trabajador no puede ser fácilmente domesticada:

“Animalidad” e industrialismo. La historia del industrialismo ha sido siempre –y lo es hoy de manera, si cabe, más acentuada y rigurosa– una continua lucha contra el elemento “animalidad” del hombre... Puede venirse creando una situación con doble fondo, un conflicto íntimo entre ideología “verbal” que reconoce las nuevas necesidades y la práctica real “animalesca” que impide a los cuerpos físicos la efectiva adquisición de las nuevas actitudes (Gramsci, 1975: 2160-2163).

4. Transformaciones de la persona : procesos moleculares y políticas del cuerpo

Quien haya leído a Gramsci se habrá quedado impresionado por una palabra nueva, que utiliza a menudo tanto cuando habla de sí mismo en las cartas como en los análisis de crítica política y cultural. Se trata del adjetivo “molecular”. La presencia frecuente de esta expresión tanto en las *Lettere* como en los *Quaderni del carcere* no es casual. Este término es el testimonio del carácter experimental de la escritura gramsciana, que busca nuevas expresiones que huyan de los engaños del lenguaje. Moviéndose en las luchas obreras e indagando formas expresivas que no se alejen de aquella experiencia transformadora, Gramsci busca en la expresión “molecular” la posibilidad de referirse a la unidad mínima de la experiencia vital, al particular inmediato, tomado de la vida cotidiana. Siendo un término que expresa una unidad mínima, su uso frecuente muestra cómo Gramsci pretende recoger los procesos de transformación, poniéndose en el punto más cercano a la experiencia hasta individualizarlos en el propio cuerpo y en la propia persona. La noción “molecular”, de hecho, es utilizada por Gramsci tanto para observar los procesos molecu-

¹³ Dos importantes contribuciones a la crítica de Gramsci a Freud son las de Messa Ruiz, 1998 y Stone, 1984. El artículo de Stone es una interesante reconstrucción de las reacciones de Gramsci a la cura psicoanalítica, a la que se había sometido su mujer Giulia. Ver también: Buci-Gluksmann, 1976: 109-115.

lares de transformación de la sociedad como los procesos de transformación molecular de la persona¹⁴. Muchísimos pasajes de sus cartas, a menudo considerados únicamente “literarios”, o sometidos a una lectura médica o psicológica, son en realidad consideraciones fenomenológicas, que sacan de la experiencia corpórea de Gramsci numerosísimos elementos de comprensión de los procesos sociales, con un sentido de generosidad dramática, de exposición total del cuerpo del intelectual. Sus reflexiones y relatos sobre la propia enfermedad mezclan la experiencia vivida con la crítica sociocultural, en un continuo proceso de auto-objetivación. El cuerpo es auto-objetivado como espacio físico en el cual actúan los procesos de transformación. Más adelante añado una carta y un pasaje de los cuadernos escritos paralelamente en los mismos días de marzo de 1933. En ambos textos el análisis de las transformaciones moleculares de la persona resulta particularmente dramático debido al agravamiento de la enfermedad de Gramsci, el mal de Pott, y su percepción de estar en “una fase de mi vida que, sin exageraciones, puedo definir como catástrofica” (Carta a Tania del 13 de febrero de 1933. Gramsci, 1996: 683). El momento es particularmente grave. Gramsci ha tenido una crisis de hemoptisis, ha escupido sangre, está desecho. Estamos en marzo de 1933, cuatro años antes de su muerte. Para describir su situación recuerda el apólogo del naufragio, contado por Edgar Allan Poe en *Gordon Pym*. Unos hombres, que en condiciones normales habrían jurado matarse antes que convertirse en caníbales, en condiciones extremas lo hacen. ¿Pero se trata de las mismas personas? Se pregunta Gramsci. No, porque mientras tanto ha actuado un “proceso de transformación molecular por efecto del cual las personas de antes no son las mismas después” (Gramsci, 1996: 693).

He aquí el pasaje de la carta a Tania del 6 de marzo de 1933:

Queridísima Tania,
Tengo todavía vivo el recuerdo –algo que ya no siempre me sucede en estos tiempos– de una comparación que te hice en el encuentro del domingo para explicarte aquello

¹⁴ Estos dos pasajes gramscianos no fueron publicados en las primeras ediciones de *Lettere e dei Quaderni*, porque se mostraban extraños y embarazosos para Palmiro Togliatti, secretario del partido comunista y coordinador, junto a Felice Platone, de las primeras ediciones de los escritos gramscianos. El primer comentario analítico de notable importancia sobre estos pasajes es de Gerratana, 1990, republicado en 1997 con el título “Contro la dissoluzione del soggetto”, en Valentino Garretana (ed.), *Gramsci. Problemi di metodo*. Roma: Editori Riuniti, 127-141. Ver también: Szabo; 1989; Ragazzini, 2002; y Cavallaro, 2002. Cavallaro discute la noción de persona en Gramsci. Aunque tales contribuciones se muestran interesantes, no llegan a discutir la noción transcultural de persona como fue configurada en las ciencias antropológicas (al menos a partir de Marcel Mauss, 1965a, 1965b), sólo se refieren al significado que tal noción ha adquirido en la tradición filosófica occidental. En mi opinión, los pasajes gramscianos sobre tal cuestión proporcionan una propuesta crítica a la noción de persona, que antropológicamente es relevante y que anticipa algunos años el clásico ensayo de Marcel Mauss sobre las técnicas del cuerpo y el concepto de persona: Gramsci no separa el “cuerpo” de la “persona” como de hecho hizo Mauss (Carrithers et al., 1996).

que tiene lugar en mí. Quiero recuperarla para extraer algunas conclusiones prácticas que me interesan. Te dije entonces: imagina un naufragio y que un cierto número de personas se refugian en un bote para salvarse sin saber con seguridad dónde, cuándo y después de qué peripecias se salvarán. Antes del naufragio, como es natural, ninguno de los futuros náufragos pensaba en convertirse en... náufrago y por tanto menos pensaba llegar a cometer los actos que los náufragos en ciertas condiciones pueden cometer, por ejemplo, el hecho de convertirse en... antropófagos. Si cada uno de ellos se hubiera preguntado, en frío, que es lo que habría hecho en la alternativa entre morir o convertirse en caníbal, habría respondido con la mejor buena fe que, dada la alternativa, habría elegido ciertamente morir. Llega el naufragio y se refugian en el bote, etc. Pasados unos días, faltos de víveres, la idea del canibalismo no se presenta tan absurda, y llegados a un cierto punto algunas personas se convierten de verdad en caníbales. ¿Pero se trata en realidad de las mismas personas? Entre los dos momentos, aquel, en que la alternativa se presentaba como una pura hipótesis teórica, y aquel, en que la alternativa se presenta con toda su fuerza como necesidad inmediata, ha actuado un proceso de transformación “molecular” rápido, por el cual las personas de antes no son más las personas de después y no se puede decir, sino desde el punto de vista del Estado Civil o de la Ley –que son, por otro lado, puntos de vista respetables y que tienen su importancia– que se trate de las mismas personas¹⁵. Y bien, como te he dicho, un cambio parecido me está sucediendo a mí –canibalismo aparte–. Lo más grave es que en estos casos la personalidad se desdobra: una parte observa el proceso, y la otra lo sufre; pero la parte observadora –mientras esta parte exista significa que hay un autocontrol y la posibilidad de recuperarse– siente la precariedad de la propia posición, o sea, prevé que llegará un punto en el que su función desaparecerá, es decir, que no habrá más autocontrol, y la entera personalidad será engullida por un nuevo “individuo” con impulsos, iniciativas, modos de pensar distintos a los de antes. Y bien, yo me encuentro en esta situación. No sé qué quedará de mí al final de este proceso de mutación que siento se está desarrollando... (Gramsci, 1996: 692-693).

Y he aquí algunos fragmentos que extraigo de los *Quaderni del carcere*, dedicados a la transformación molecular de la persona:

Notas autobiográficas. Cómo he empezado a juzgar con mayor indulgencia las catástrofes del carácter. Por experiencia en el proceso a través del cual tales catástrofes suceden... Ahora el movimiento “molecular” es más peligroso porque, mientras demuestra en el sujeto la voluntad de resistir, “deja entrever” –a quien reflexiona– un cambio progresivo de la personalidad moral que en un cierto punto pasa de cuantitativo a cualitativo: o sea, que no se trata en realidad de la misma persona, sino de dos... La verdad es que el hombre del quinto año no es el mismo del cuarto, del tercero, del segundo, del primero, etc.; es una nueva personalidad, totalmente nueva, en la cual los años transcurridos han justamente destruido los frenos morales, las fuerzas de resistencia que caracterizaban al hombre del primer año... Este hecho individual debe ser

¹⁵ El mismo ejemplo del canibalismo se encuentra, como modelo de proceso en las “catástrofes del carácter”, en las *Notas autobiográficas* del cuaderno 15 (Gramsci, 1975: 1762-1764).

considerado como colectivo. Debe ser estudiado en sus manifestaciones presentes. No es que el hecho no se haya verificado en el pasado, pero es cierto que en el presente ha asumido una forma especial y... voluntaria; es decir, que hoy se cuenta con que acontezca y tal evento adopta una forma sistemática, cosa que en el pasado no ocurría –sistemática quiere decir de forma general, sin excluir naturalmente la consideración particular de los casos individuales—... (Gramsci, 1975: 1762-1764).

Gramsci titula irónicamente el fragmento de los cuadernos *Notas autobiográficas*, ironía que evoca su aversión a la autobiografía, género que considera colmado de una retórica casi penosa. Presenta una dramática objetivación reflexiva de los procesos que sufre, los cuales, al mismo tiempo que le asustan y afligen, le permiten precisar su análisis de los mecanismos a través de los que los sujetos históricos son sometidos a transformaciones de la persona dentro de específicas relaciones de fuerza. Se trata de uno de los pasajes más emocionantes sobre la relación entre cuerpo y poder en la obra de Gramsci. Entre la carta y los cuadernos hay una correspondencia inmediata entre la experiencia de la enfermedad y la crítica política del concepto de persona. Él muestra en su propia carne la urgencia de la apertura del concepto de persona para que tales mecanismos puedan ser comprendidos. Al mismo tiempo resalta la fluidez del proceso de transformación que sucede de manera totalmente incorporada, íntima e incontrolable. Pero el sentido de esta transformación no es psicológico, es rigurosamente político. El cuerpo es el terreno de un conflicto de hegemonías.

5. Conclusiones

En un pasaje de la *Microfísica del poder*, Michel Foucault criticaba el marxismo ortodoxo por haber “ocultado terriblemente” la importancia de la corporeidad en la obra de Marx (Foucault, 1977: 141)¹⁶. La obra de Gramsci tiene el mérito de haber recuperado plenamente esta importancia, y sin embargo, a su vez, ha sufrido el mismo destino. Una lectura de la cuestión corpórea en Gramsci es fundamental, a mi juicio, para la comprensión de la dialéctica hegemónica y del sistema de relaciones de fuerza que actúan en los procesos de salud-enfermedad. Mi exhortación a la urgencia de una relectura de Antonio Gramsci nace de la convicción de la escasa atención a la crítica gramsciana de la corporeidad y la persona. Me gustaría resaltar al menos tres puntos generales sobre los cuales tal crítica es importante para la antropología médica contemporánea.

En primer lugar, me parece que la crítica gramsciana y su atención a los procesos de transformación del sujeto encarnado, que se verifican en un sistema de relaciones de fuerza, tiene que empujar a la antropología médica a replantearse, más de lo que lo ha hecho hasta ahora, la oposición salud-enfermedad, para superar todo resi-

¹⁶ Edición a cargo de Alessandro Fontana y Pasquale Pasquino.

duo tautológico y concebirla, sin embargo, como dialéctica, es decir, como proceso socio-político. De este modo la dicotomía misma se revela como una construcción histórica e ideológica y será necesario entender el origen, el desarrollo y los objetivos estratégicos en los términos políticos del control social y de la conservación del estado de las cosas, por un lado, y en los términos de la transformación y de la lucha contra las violencias estructurales que producen la desigualdad y el sufrimiento, por el otro. En cierto sentido se podría decir que la reflexión gramsciana empuja a la antropología médica a observar cuánto de “sano” hay en la “enfermedad” y cuánto de “enfermo” hay en la “salud”, y al mismo tiempo invita a reflexionar sobre la interacción entre bienestar físico y economía política, de forma que muestre cómo en el sistema mundial la salud de algunos es posible por la enfermedad de los otros. En una carta desde la cárcel del 5 de Octubre de 1931 para tranquilizar a su cuñada sobre su estado de salud, Gramsci empieza con una imagen irónica que apunta directamente al falso acercamiento entre salud y normalidad: “Cuando no escribo nada sobre la salud, quiere decir que todo es normal en el ámbito carcelario” (Gramsci, 1996: 477). En un pasaje importante de su obra póstuma, Ernesto De Martino definió la dicotomía salud-enfermedad como una “doble mentira, que introduce en la antropología una serie de equívocos, deformaciones e interpretaciones erradas” (De Martino, 1977: 18)¹⁷. De Martino había advertido muy claramente los riesgos de quedar preso en el juego de referencias entre las definiciones de salud y enfermedad. Cito: “No se trata de ‘explicar al sano con el enfermo’: un acto semejante supondría ya enfermedad” (De Martino, 1977: 18). El diagnóstico de salud o enfermedad no puede prescindir de la consideración histórica de la relación entre comportamiento y ambiente histórico. Para salir del *impasse*, sugería De Martino, para distinguir al sano del enfermo, no hay que asumir el criterio de “realidad”, sino el de “realidad histórica”.

En segundo lugar, creo que teniendo en cuenta la variabilidad política de las categorías de salud y enfermedad, y mostrando la importante influencia entre las actuales definiciones de salud y los poderes del Estado, será posible demostrar cómo la identificación entre salud y normalidad tiende todavía a tratar la enfermedad como desviación, reduciéndola a pura anormalidad. Demostrando este mecanismo que actúa de manera oculta y naturalizada, la enfermedad puede revelarse ahora como “una incorporación en la desigualdad”. De hecho, pienso que la antropología médica, aun habiendo producido archivos de informaciones y de estudios indispensables para comprender la variabilidad cultural de los procesos de salud y enfermedad, tiene hoy en día que reflexionar sobre el riesgo ya explícito de que la insistencia sobre la diferencia cultural oculta la producción de desigualdad social.

¹⁷ Edición a cargo de Clara Gallini.

En tercer lugar, hay que tener en cuenta que el compromiso político de la antropología médica no debe considerarse como “aplicación” de los resultados de una investigación o como “uso social” de ésta en el espacio público. El compromiso político está en la concienciación de nuestra ineludible implicación en la praxis social. Esto necesita un reforzamiento de la metodología crítica, reflexiva, autobjetivante dentro del propio campo científico, en el académico, en las relaciones con las instituciones y con el Estado, en las políticas de investigación científica y en la elaboración académica de la teoría. También en estos campos actúan fuerzas estructurales, que tienden a producir una “transformación molecular” de las personas –incluidos los antropólogos– y una mercantilización de la vida.

Tomando como referencia este último punto, quisiera concluir con un ejemplo que muestra la actualidad de la reflexión gramsciana. En un escrito juvenil de 1918, titulado *Merce*¹⁸ –Mercancía–, Gramsci se enfrenta, increíblemente, al problema del tráfico de órganos. Justamente así, casi noventa años antes que Nancy Scheper-Hughes (Scheper-Hughes, 2001), cuando la idea del transplante de órganos era poco más que “fantaciencia”, Gramsci reflexiona sobre la mercantilización del cuerpo humano con un escrito en el que el sarcasmo y la ironía son el testimonio de la función dialógica de su crítica (Gramsci, 1918). Citaré sólo su conclusión:

... Según una comunicación enviada a la Academia de Medicina de París, el profesor Laurent ha conseguido sustituir el corazón de Fox por el de Bob, y viceversa, sin que los dos inocentes perros hayan sufrido demasiado, sin afectar la vida de órgano tan delicado. Desde este momento el corazón se ha convertido en una mercancía: puede ser cambiado, puede ser comprado. ¿Quién quiere cambiar su corazón enfermo que sufre de palpitaciones, por un corazón por estrenar, pobre pero sano, pobre pero que siempre ha palpitado honestamente?... Un nuevo camino comercial abierto a la actividad exploradora de la iniciativa individual... La vida, toda la vida, no sólo la actividad mecánica de las extremidades, sino la misma vertiente fisiológica de la actividad se despegan del alma y se convierten en mercancía de trueque; es el destino de Midas, de las manos hechizadas, símbolo del capitalismo moderno.

Traducción: Guiomar Montes

Revisión: Adela Franzé

6. Referencias bibliográficas

AHEARN, Laura M.

2001 *Agentività/Agency*, en A. Duranti (coord.), *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*. Roma: Meltemi, 18-23.

ANGELINI, Pietro (Coord.)

1977 *Dibattito sulla cultura delle classi subalterne (1949-50)*. Roma: Savelli.

¹⁸ Recogido en Antonio Gramsci. 1960. *Sotto la mole. 1916-1920*. Torino: Einaudi, 406-407.

- BAER, Hans A.; SINGER, Merrill; SUSSER, Ida (Eds.)
1997 *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. Westport: Bergin & Garvey.
- BARATTA, Giorgio
2000 *La rosa e i quaderni. Saggio sul pensiero di Antonio Gramsci*. Roma: Gamberetti Editrice.
- BUCI-GLUKSMANN, Christine
1976 [1975] *Gramsci e lo Stato. Per una teoria materialistica della filosofia*. Roma: Editori Riuniti.
- BURGIO, Alberto
2003 *Gramsci storico. Una lettura dei "Quaderni del carcere"*. Roma-Bari: Editori Laterza.
- CARRITHERS, Michael; COLLINS, Steven; LUKES, Steven (Eds.)
1996 [1985] *Della persona. Antropologia, filosofia, storia*. Lanuvio: Corrado Lampe Editore.
- CAVALLARO, Luigi
2002 "La 'trasformazione molecolare'. Sul concetto di persona in Gramsci". *Critica Marxista. Analisi e contributi per ripensare la sinistra*, 1: 51-60.
- CIRESE, Alberto Mario
1976 *Intellettuali, folklore, istinto di classe. Note su Verga, Scotellaro, Gramsci*. Torino: Einaudi.
- CLEMENTE, Pietro; MEONI, Maria Luisa; SQUILLACCIOTTI, Massimo (Coord.)
1976 *Il dibattito sul folklore in Italia*. Milano: Edizioni di Cultura Popolare.
- CREHAN, Kate
2002 *Gramsci, Culture and Anthropology*. London, Sterling, Virginia: Pluto Press.
- CSORDAS, Thomas J.
1990 "Embodiment as a Paradigm for Anthropology". *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18, 1: 5-47.
- CSORDAS, Thomas J. (Ed.)
1994 *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DE MARTINO, Ernesto
1949 "Intorno a una storia del mondo popolare subalterno". *Società*, 3: 411-435.
1977 *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.

DI NOLA, Alfonso Maria

- 1978 “Varietà degli oggetti della cultura subalterna religiosa del Mezzogiorno”, en Francesco Saija (ed.), *Questione meridionale, religione e classi subalterne*. Napoli: Guida, 35-39.

FOUCAULT, Michel

- 1977 [1972] *Microfisica del potere. Interventi politici*. Torino: Einaudi.

FRANKENBERG, Ronald (Ed.)

- 1988a “Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? or Rat’s Tail to Sea Serpent?”, en Roland Frankenberg (ed.), 324-337.
 1988b “Gramsci, Marxism and Phenomenology: Essays for the Development of Critical Medical Anthropology”. *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 4.

FROSINI, Fabio

- 2003 *Gramsci e la filosofia. Saggio sui Quaderni del carcere*. Roma: Carocci.

GERRATANA, Valentino

- 1990 “Unità della persona e dissoluzione del soggetto”, en Biagio Moscatello (coord.), *Gramsci e il marxismo contemporaneo. Relazioni al convegno organizzato dal Centro Mario Rossi, Siena, 27-30 aprile, 1987*. Roma: Editori Riuniti, 189-202.

GRAMSCI, Antonio

- 1918 “Merce”. *Avanti!*, 6 giugno.
 1975 *Quaderni del carcere*. Torino: Einaudi.
 1996 [1947] *Lettere del carcere*. Palermo: Sellerio.

LINDENBAUM, Shirley; LOCK, Margaret (Eds.)

- 1993 *Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.

LISA, Athos

- 1973 *Memorie. In carcere con Gramsci*. Milano: Feltrinelli.

LOMBARDI SATRIANI, Luigi Maria

- 1980 [1974] *Antropologia culturale e analisi della cultura subalterna*. Milano: Rizzoli.

MAUSS, Marcel

- 1965a [1938; 1950] “Una categoria dello spirito umano: la nozione di persona, quella di io”, en M. Mauss (ed.), *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi, 351-381.
 1965b [1936; 1950] “Le tecniche del corpo”, en M. Mauss (ed.), *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi, 383-409.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis

1984 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS.

1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.

MESSA RUIZ, Erasmo

1998 *Freud no “divã” do cárcere. Gramsci analisa a psicanálise*. Campinas: Editora Autores Associados.

PASQUINELLI, Carla

1977 *Antropologia culturale e questione meridionale. Ernesto de Martino e il dibattito sul mondo popolare subalterno negli anni 1948-1955*. Firenze: La Nuova Italia Editrice.

PIZZA, Giovanni

2001-2002 *Antonio Gramsci nelle antropologie contemporanee*. Seminario di Storia dell'antropologia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo e Territorio, Università di Perugia.

2005 *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.

PIZZA, Giovanni (Ed.)

1998 *Figure della corporeità in Europa. Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali*. Roma: CISU.

RAGAZZINI, Dario

2002 *Leonardo nella società di massa. Teoria della personalità in Gramsci*. Bergamo: Moretti & Vitali Editori.

RAUTY, Raffaele (Coord.)

1976 *Cultura popolare e marxismo*. Roma: Editori Riuniti.

RUDAS, Nereide

1999 *Reclusione, solitudine e creatività in Gramsci*, en Giuseppe Vacca (coord.), *Gramsci e il Novecento*. Roma: Carocci, 27-41.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

2000 [1994] “Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica”, en R. Borofsky (coord.), *L'antropologia culturale oggi*. Roma: Meltemi, 281-295.

2001[2000] *Il traffico di organi nel mercato globale*. Verona: Ombre Corte.

SEPPILLI, Tullio

1956 “Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia”, en Società Italiana per il Progresso delle Scienze, *Atti della XLV Riunione (Napoli, 16-20 ottobre 1954)*. Roma: Sips, 2: 295-312.

- 1959 "Il contributo dell'antropologia culturale alla educazione sanitaria". *L'Educazione Sanitaria*, IV, 3-4: 325-40.
- 1980 "Neutralità e oggettività nelle scienze sociali. Linee per una riflessione critica sul rapporto tra conoscenza e prassi", en *Problemi del Socialismo*. Quarta serie, anno XX. *Orientamenti marxisti e studi antropologici italiani. Problemi e dibattiti (1)*. Milano: Franco Angeli, 77-91.
- 1996 "Antropologia Medica: fondamenti per una strategia". *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2: 7-22.
- 1998 *La influencia de Gramsci en el desarrollo de la Antropología de la Medicina en Italia*. Conferencia pronunciada el 10 de junio de 1999 en el III Master Antropología de la Medicina 1998-2000. Tarragona, 10-11 junio 1999.
- 2002 "L'itinerario Marx Gramsci nella fondazione di una antropologia scientifica", en G. Pizzi, *Antonio Gramsci nelle antropologie contemporanee*. Conferenza del 18 aprile de 2002.

SINGER, Merrill; BAER, Hans (Eds.)

- 1995 *Critical Medical Anthropology. Critical Approaches in the Health Social Sciences Series*. New York: Baywood Publishing Company.

STONE, Jennifer

- 1984 "Italian Freud: Gramsci, Giulia Schucht, and Wild Analysis". *October*, 28: 105-124. Número especial. "Discipleship. A Special Issue on Psychoanalysis".

SZABÓ, Tibor

- 1989 "Soggettività, alienazione e trasformazione", en Giorgio Baratta y Andrea Catone (coord.), *Modern Times: Gramsci e la critica dell'americanismo*. Milano: Cooperativa Diffusioni '84, 340-348.

VV. AA.

- 1991 *Gramsci en America Latina. Del silencio al olvido*. Caracas: Fondo Editorial Trópikos.

WILLIAMS, Raymond

- 1977 *Marxism and Literature*. Oxford: Oxford University Press.

De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores populares

From theory to practice: the discourse of healthy lifestyles and its application to the daily lives of low-income Chilean women

Da teoria à prática: o discurso de estilos de vida saudáveis e a sua aplicação no dia-a-dia de mulheres chilenas de bairros populares

Marcela Ferrer-Lues ¹
Maria Sol Anigstein ^{1,2}
Milenka Bosnich-Mienert ¹
Consuelo Robledo ¹
Loreto Watkins ¹

doi: 10.1590/0102-311X00333720

Resumen

El discurso de estilos de vida saludable (DEVS) plantea que una población se mantendrá sana si adopta estilos de vida saludable, modificando comportamientos individuales perjudiciales para la salud y, por tanto, moralmente incorrectos. El DEVS ha sido hegemónico en la Salud Pública desde fines del siglo XX. Se basa en el supuesto de libertad de elección de los individuos, que toman decisiones racionales, buscando el menor costo y mayor beneficio individual, premisa básica del modelo neoliberal. Con esto, se omite la importancia que las condiciones de existencia tienen para la salud y la desigualdad en salud. Esta investigación indagó en la percepción del DEVS y su repercusión en el comportamiento de mujeres chilenas residentes en sectores populares. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a beneficiarias de un programa gubernamental (Programa Vida Sana), sustentado en el DEVS. Se exploró el discurso de las mujeres sobre la salud y su correspondencia con el DEVS. También, se analizó las posibilidades de poner en práctica dicho discurso, desde la perspectiva de las propias mujeres. Los resultados muestran que las entrevistadas comprenden la salud como resultado del estilo de vida, el cual puede ser libremente elegido. Sin embargo, identifican diversas barreras para ponerlo en práctica, en los planos económico, familiar y sociocultural. Se concluye que las estrategias deben considerar los sujetos en los contextos familiares, sociales y estructurales en los cuales se produce la salud-enfermedad, y abandonar la perspectiva moralizante y legitimadora de la concepción neoliberal de la salud.

Estilos de Vida Saludable; Enfermedad Crónica; Prevención de Enfermedades; Política

Correspondencia

M. S. Anigstein
Facultad de Ciencias Sociales/Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile.
Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago –
7800284, Chile.
msanigste@uchile.cl

¹ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Introducción

Históricamente, la humanidad ha presentado diversas maneras de entender los procesos de salud-enfermedad. Estos “discursos sobre la salud” comprenden modos de pensar, hablar y escribir sobre la salud y sus prácticas. Constituyen construcciones normativas y performativas que exceden las nociones de salud e integran, implícita o explícitamente, definiciones del ser humano y sociedad que se quiere construir, y las maneras de alcanzarlo ¹.

Aunque coexisten distintos discursos, se distingue uno hegemónico, que expresa la ideología de la clase dominante ², legitimada subjetivamente al instalarse como el “sentido común” para entender la salud. Según Foucault, los discursos disciplinarios son claves para producir subjetividades ajustadas al orden imperante ^{3,4}, determinando lo normal y patológico ³ e institucionalizando dispositivos de control y castigo ⁵. El discurso de la Salud Pública constituye un dispositivo central de la biopolítica que, según el mismo autor, corresponde a la manera en que, desde el siglo XVIII, las sociedades liberales han buscado racionalizar los problemas de los seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas ⁴. Desde los 1970 el discurso hegemónico de la Salud Pública ha promovido instalar “estilos de vida saludable” (EVS) ⁶ para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

El discurso de los estilos de vida saludable (DEVs) plantea que una población será saludable si adopta EVS, modificando los comportamientos individuales considerados perjudiciales para la salud y, por tanto, moralmente incorrectos. Comenzó a cobrar fuerza en los 1970 ^{7,8}, planteando la prevención como vía para contener los costos de la atención médica y llamando a reemplazar la “idea” del derecho a la salud, por una obligación moral a preservar la propia la salud ⁹.

El *Informe Lalonde* ¹⁰ propuso un nuevo marco conceptual para entender e intervenir en el campo de la salud, comprendiendo biología, estilo de vida, medio ambiente y atención de salud. El énfasis se centró en el estilo de vida, entendiéndolo como comportamientos libremente elegidos. Las políticas llamaron a los individuos a vivir “mejor”, responsabilizándolos y culpándolos por su enfermedad ^{8,11}. Surgió la promoción de la salud, dirigida principalmente a informar para modificar los comportamientos “no saludables”. En América Latina se utilizó la mercadotecnia social para modificar los hábitos y conductas ¹¹.

El DEVs se basa en premisas básicas del neoliberalismo: libertad de elección de los individuos, que toman decisiones racionales buscando el menor costo y mayor beneficio individual ¹². La libertad de elección y los cálculos racionales del agente económico individual fusionan el individuo moral y responsable, con el individuo económico y racional ^{12,13}. El fundamento científico es la epidemiología del riesgo ¹⁴, que postula la asociación estadística entre las ECNT y los estilos de vida. Se centra en la “santa trinidad del riesgo” (tabaco, alimentación inadecuada, sedentarismo) ¹⁵, omitiendo la importancia de las condiciones de existencia para la salud y las elecciones en salud.

El DEVs sostiene que las diferencias en salud se explican por las decisiones y comportamientos individuales. Los individuos tienen el estado de salud que merecen ¹⁶, omitiendo la pregunta por la justicia en salud, y legitimando la reducción del rol del Estado en ello. Operacionalizado en diversos dispositivos, entrega sustento teórico-ideológico a la transición desde el derecho a la salud hacia el deber de ser saludable ¹⁶ y permite legitimar el modelo neoliberal, que entiende la salud como bien de consumo, ofreciendo bienes y servicios que prometen entregar salud y juventud permanentes.

Mejorar la salud y reducir la enfermedad mediante EVS resulta atractivo por varias razones, una de ellas reducir costos de la atención de salud. Sin embargo, este discurso se ha naturalizado en el ámbito sanitario, omitiendo sus falencias: selección restringida e intencionada de los EVS ¹⁷; moralización de las conductas mediante el “salutismo” ¹⁸, práctica biopolítica que concibe la salud como un fin en sí mismo, una virtud, y no un medio para desarrollar los proyectos de vida; instalación de nuevas formas de discriminación de quienes no siguen el modelo de vida definido por los dispositivos sanitarios ^{1,16}; culpabilización de los individuos por su enfermedad ^{8,18,19}; restricciones a la autonomía para decidir el propio estilo de vida ^{17,20,21}; y contribución a la legitimación del modelo neoliberal ^{15,16,22,23,24,25,26,27,28}.

El discurso de los determinantes sociales

El discurso de los “determinantes sociales de la salud” corresponde al discurso alternativo, marginal o de oposición ²⁹ al DEVS ⁶. Se remonta a los fundadores de la salud pública ³⁰, y fundamenta la concepción de salud como derecho humano ³¹. El concepto de “determinantes sociales” surgió formalmente en una serie de artículos críticos publicados en los setenta y ochenta, postulando que se requiere pasar de los factores de riesgo individual a las estructuras sociales que determinan las condiciones de salud/enfermedad ³². Según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este enfoque se debilitó en todo el mundo, “*debido al consenso económico y político neoliberal preponderante en los años ochenta y siguientes*” ³⁰ (p. 3).

La hegemonía del DEVS en Chile

Si bien la dictadura chilena es reconocida como la cuna del neoliberalismo, la formalización del DEVS surgió en los gobiernos de la Concertación, coalición de centro-izquierda que gobernó entre 1990 y 2010 ⁶. Hitos fueron el Plan Nacional para la Promoción de la Salud y la creación del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud-Vida Chile, en 1998 ³³. El enfoque se profundizó en los sucesivos gobiernos ⁶. El programa de gobierno de la Presidenta Bachelet (2006-2010), llegó a proponer el reconocimiento del derecho a asumir la responsabilidad por nuestra propia salud ³⁴, lo cual no llegó a concretarse.

El gobierno de centro-derecha del Presidente Piñera (2010-2014) asumió explícitamente este discurso. En 2011 creó el Programa Elige Vivir Sano como eje central de su gobierno. En 2013 se transformó en el Sistema Elige Vivir Sano mediante la *Ley 20.670*, actualmente vigente.

La instalación de los EVS

Las intervenciones basadas en el DEVS han tenido escaso impacto. La evidencia más clara es que la exposición a los factores de riesgo conductuales y la prevalencia de ECNT permanece alta a nivel mundial ³⁵. En Chile, la evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 mostró resultados discretos, y varios no cumplidos, en instalar EVS ³⁶. Los Objetivos Sanitarios 2011-2020, que proponen “*No hay mejor médico que uno mismo. Prevención de enfermedades y fomento de hábitos de vida más sanos*” ³⁷, no han sido evaluados.

Diversas investigaciones muestran una brecha entre el DEVS y la vida cotidiana de las personas ^{38,39,40,41,42,43}. En Chile, no existen estudios profundos. Sin embargo, un estudio cualitativo ⁴⁴ encontró limitaciones para las conductas preventivas, vinculadas a entornos sociales y culturales, vida urbana, condiciones de trabajo, ambiente, ingreso, acceso a servicios de salud y posición en la estructura social. Algunos autores muestran la existencia de procesos de subjetivación de la salud coherentes con el DEVS ⁴⁵. Otros han dado cuenta de la racionalidad neoliberal del Sistema Elige Vivir Sano ^{46,47}. Esto coincide con investigaciones que muestran que las políticas implementadas desde 1990 en Chile instalaron tecnologías de subjetivación y gobierno que refuerzan la racionalidad neoliberal ⁴⁸, entendida como la “empresa de sí”, en tanto modo de autogobierno ¹².

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa, basada en el paradigma fenomenológico ⁴⁹, que propone conocer las realidades sociales indagando en los significados atribuidos por los actores involucrados. La investigación es descriptiva e interpretativa. Caracterizó la percepción del DEVS y su repercusión en el comportamiento declarado, utilizando la argumentación comprensiva basada en la interpretación de los discursos.

Se trabajó con mujeres adscritas al Programa Vida Sana (PVS), implementado por el Ministerio de Salud desde 2011. Desde 2018 se denomina Programa Elige Vida Sana, reforzando la responsabilidad individual y capacidad de elección.

Durante el período en estudio, el PVS consistía en intervenciones sucesivas por cuatro meses, seguidas de tres controles (6^o, 9^o y 12^o mes), destinadas a instalar EVS. Los beneficiarios debían tener un índice de masa corporal (IMC) ³⁰ u obesidad abdominal, y al menos uno de los siguientes factores de riesgo: intolerancia a la glucosa; alteración lipídica; prehipertensión; padre, madre o hermano con diabetes tipo 2; infarto agudo al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años. Mujeres post parto: condición de post parto hasta un año e IMC 30 ⁵⁰.

El trabajo de campo se realizó en la comuna de Pedro Aguirre Cerda de la Región Metropolitana de Santiago durante el 2014. Se trata de un territorio de ingresos medio-bajo y bajo, lo que permitió analizar la percepción y práctica de los DEVS en los sectores más desfavorecidos de la sociedad. El equipo de investigación había realizado otros proyectos en la comuna, lo que facilitó el acceso. El PVS de la comuna entregó los datos de contacto al equipo de investigación, previa autorización de las participantes. Para asegurar la participación voluntaria, el PVS no participó en la invitación a la investigación y el equipo de investigación las contactó directamente.

Las mujeres adscritas al PVS constituyen una población en riesgo de ECNT, expuesta al DEVS informalmente a través de diversos dispositivos (por ejemplo, mediante medios de comunicación), pero también formalmente, por su participación en el PVS. Bajo el supuesto de que la exposición formal generaría en las mujeres una mayor internalización del DEVS, se analizó dos grupos: (a) Egresadas: mujeres que completaron el PVS durante 2013, con exposición formal e informal al DEVS; y (b) Ingresadas: mujeres que se incorporarían al PVS en 2014, con exposición informal al DEVS.

En ambos grupos se aplicó una entrevista individual semiestructurada ⁵¹, de 30 a 40 minutos de duración, que consultó sobre nociones de EVS, conceptos de salud-enfermedad y prácticas de cuidado en la vida cotidiana. En el caso de las egresadas, se consultó además por los cambios producidos por el PVS en sus vidas.

El tamaño de muestra se definió por saturación y fue de 31 mujeres. Como se observa en la Tabla 1, se trata de mujeres cuyas edades fluctúan entre 19 y 45 años, realizan principalmente trabajo de cuidado no remunerado dentro del hogar, o remunerado fuera del hogar, y en su gran mayoría tienen al menos un hijo.

Las entrevistas fueron analizadas mediante el análisis sociológico del discurso, compuesto de tres niveles analíticos: textual, contextual e interpretación ⁵². El análisis empleó los procedimientos de codificación de la Teoría Fundamentada ⁵³, comprendiendo microanálisis -codificación abierta y axial- y codificación selectiva. Se utilizó el Programa Atlas-ti 7.0 (<http://atlasti.com/>).

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Todas las participantes dieron su consentimiento informado.

Resultados

Los resultados se organizan en cuatro ejes que surgieron del análisis.

La noción de EVS

El DEVS promueve la adquisición de hábitos y comportamientos saludables, fundamentalmente dieta saludable, ejercicio físico y no fumar, como forma de proteger la salud y evitar la enfermedad. Preguntamos a las mujeres si conocían la expresión “EVS” y en qué consistía. Casi todas las egresadas y poco más de la mitad de las ingresadas señalaron conocer esta expresión. Todas las entrevistadas, incluso quienes dijeron no conocer esta expresión, señalaron que se refería a comer sano y hacer ejercicio, dando cuenta de la internalización del DEVS. Entregaron mayor importancia a la comida sana, vinculándola con lo natural y lo bueno:

“Yo me imagino que es el comer sano, no comer tantas cosas con no sé, con mucho sodio o con mucho colorante, incorporar la actividad física en la vida” (Ingresada, 26 años).

Sólo las egresadas entregaron precisiones sobre lo que implica un EVS. Destacaron la incorporación de hábitos como respetar horarios de las comidas; incorporar verduras; disminuir grasas y comida chatarra; realizar ejercicio diariamente e ingerir agua. Esto muestra una mayor formalización del discurso, dando cuenta de la internalización de los contenidos entregados por el PVS.

Tabla 1

Caracterización de la muestra. Mujeres adscritas al Programa Vida Sana, comuna de Pedro Aguirre Cerda, Región Metropolitana de Santiago, Chile, 2014.

Variable	Ingresadas	Egresadas	Total
Grupo de edad (años)			
19-34	7	8	15
35-45	9	7	16
Actividad principal			
Trabajo de cuidado no remunerado en el hogar	9	4	13
Trabajo de cuidado no remunerado en el hogar trabajo remunerado en el hogar	1	3	4
Trabajo remunerado fuera del hogar	4	7	11
Estudiante	2	-	2
Desempleada	-	1	1
Hijos			
Sí	13	13	26
No	3	2	5
Total	16	15	31

Respecto de las posibilidades de elegir un EVS, egresadas e ingresadas coincidieron en que todas las personas pueden hacerlo, pues se trata de una decisión individual. La vida saludable se construye mediante voluntad y esfuerzo personales, por lo que la salud se convierte en un objetivo y valor que orienta la “empresa de sí”¹². Con esto, observamos la presencia del salutismo¹⁸, en particular en las egresadas:

“Comer sano, hacer deporte, estar hidratándonos. Estar periódicamente bajo un control que nosotros tenemos que saber responder. O sea, si yo veo que estoy subiendo de peso, disminuirlo un poco y tratar de bajar de una u otra forma [...] ¿Por qué siempre volver a estar con la obesidad si podemos ayudarnos nosotras mismas?” (Egresada, 37 años).

El autocuidado como principal determinante de la salud

La creencia en que las personas pueden elegir su estilo de vida implica que las mujeres se conciben a sí mismas como las principales responsables por su salud, e intenten desplegar un conjunto de prácticas de autocuidado, que expresan su autoestima. Cada individuo tiene un rol en el surgimiento de sus enfermedades, por lo que el acto de “cuidarse”, es fundamental para tener buena salud. Esta idea está presente incluso en quienes piensan que las enfermedades son inevitables. Para ellas, el autocuidado no evita las enfermedades, pero permite suavizar sus impactos. El autocuidado se erige, para ellas, en el principal determinante de la salud y en un mandato incuestionado y permanente, basado en el esfuerzo y la valoración de sí mismas:

“Yo pienso que, que todo ser humano igual algún día se tiene que enfermar de algo [...] Claro que, si uno se cuida, obviamente la enfermedad va a ser menos” (Ingresada, 48 años).

El autocuidado requiere no solo de prácticas materiales cotidianas, sino también de disposiciones subjetivas, como tener voluntad de estar sana o estar mentalmente predispuesta a rechazar la enfermedad. Esta idea enfatiza la posibilidad de control de la enfermedad, reforzando las nociones de disciplina y autogobierno de la salud/enfermedad:

“Creo harto en lo que es el poder mental, como la metafísica. Entonces yo creo que uno atrae las enfermedades también” (Egresada, 33 años).

Si bien para todas las entrevistadas las prácticas de autocuidado son esenciales para la salud, ingresadas y egresadas enfatizan distintos aspectos. Las primeras acentúan el control mental de las emociones y de la predisposición a enfermarse, mientras que las segundas destacan el autocontrol basado en la voluntad de evitar o rechazar lo dañino, especialmente los alimentos no saludables. Si

bien en ambos grupos prima la idea de autogobierno de la salud, el PVS canaliza esta idea, entregando elementos para ponerlo en práctica.

La responsabilidad individual y la culpa

La comprensión del autocuidado como principal determinante de la salud se acompaña de sentimientos de culpa cuando las mujeres constatan que no cumplen con los comportamientos definidos como correctos por los dispositivos sanitarios. Esta “culpabilización de la víctima”¹⁹ surge en distintas instancias, en particular, inmediatamente después de consumir alimentos “no saludables”. En varios casos, la culpa no surge sólo por constatar un daño autoinfligido, sino también por un daño a otros integrantes de la familia, poniendo en tensión el rol materno de alimentarlos(as) de manera sana y, a la vez, demostrarles cariño mediante la comida:

“Después de que uno come, bueno lo que me pasa a mí, eh, me hace sentir rabia: ¿Qué por qué lo comí, o por qué no comí un poquito? Casi siempre cuando hago lo que tiene que ver con frituras con comidas que no son sanas, yo después ando con acidez, me arrepiento de haberlo hecho, y yo sé que, al estar friendo, haciendo esas cosas así de frituras, perjudico a mis hijos que son los más chiquititos, porque van a tener los males que uno ya tiene. Eso me hace sentir como culpable. Pero sí me gustaría, como le dije antes, poder darles el gusto a todos” (Egresada, 47 años).

La imposibilidad de poner en práctica un EVS es interpretado como un profundo fracaso moral personal, pues consideran que tienen información sobre las prácticas no saludables y por lo tanto debieran ser conscientes de evitarlas:

“Uno mismo... [es responsable por enfermarse] Porque uno mismo sabe lo que puede ingerir o lo que está comiendo o lo que está haciendo. Uno es dueño de uno mismo para saber lo que uno hace” (Ingresada, 24 años).

“Salud es algo muy importante, pero uno es la que la traiciona. Sí, porque uno fuma, come demasiado, es sedentaria, entonces una la echa a perder, una es la culpable” (Egresada, 41 años).

Las mujeres se culpan por lo que consideran sus propias decisiones, sin reparar en las condiciones que les impiden cumplir con el ideal salutista¹⁸. Los sentimientos de culpa no surgen por haberse enfermado, sino por la mera posibilidad de hacerlo, dando cuenta de la internalización del discurso del riesgo como orientador de las conductas en salud^{1,7,13}.

La brecha entre el discurso y los comportamientos

Las entrevistadas manifiestan que es posible elegir un EVS, defendiendo las nociones de libertad de elección y acción racional. Sin embargo, cuando son consultadas directamente por sus prácticas cotidianas, reconocen un conjunto de obstáculos, mostrando una brecha entre el discurso y el comportamiento. La manifestación más clara es enfatizar que “intentan llevar” un EVS, buscando corresponder con el comportamiento deseado socialmente.

El principal obstáculo es el económico, que surge principalmente como limitante para acceder a alimentos saludables:

“Yo creo que sí tienen la opción de elegirlo [un EVS] pero eh... bueno, depende del caso de cada persona, que le cueste o no le cueste, ese el tema, porque uno puede elegir tener una vida sana, pero ¿Cómo lo hago? ¿Cómo lo hago? O sea ¿me entiende? si hay que sustentar otras cosas también” (Ingresada, 37 años).

Las mujeres se enfrentan frecuentemente con la necesidad de privilegiar cantidad por sobre calidad de los alimentos, siendo conscientes de que implica consumir alimentos no saludables. Las limitaciones económicas también constituyen barreras para solicitar apoyo de profesionales de la salud, pues realizan indicaciones sin considerar la realidad socioeconómica de sus pacientes. Como respuesta, las mujeres dejan de consultar y expresan sentimientos de frustración:

“Yo sé que, para tener un estilo de vida saludable, aquí todo es plata. Por ejemplo, yo no voy a la nutricionista porque sé que la nutricionista me va a dar una lista de cosas que yo no puedo adquirir, ¿me entiende? Puedo hacerlo el puro fin de mes, cuando llega el sueldo de mi marido, pero durante el mes uno no puede” (Ingresada, 24 años).

El rol de las mujeres en sus familias también genera obstáculos. Por un lado, las entrevistadas que ejercen trabajo doméstico no remunerado suelen postergar su alimentación y tiempo libre por el cuidado de los hijos y otras labores domésticas. Además, al no recibir una remuneración, dependen

económicamente de sus parejas u otro familiar, lo que limita sus posibilidades de tomar decisiones acerca de la alimentación. Por otro lado, las entrevistadas con trabajo remunerado dedican su tiempo libre al trabajo doméstico. En todas las mujeres, las preocupaciones y exigencias de la vida cotidiana conllevan significativos niveles de estrés. Esta condición de ser para y de los otros ⁵⁴ les impide adoptar prácticas propias de un EVS, como realizar actividad física o preparar comida saludable:

“A veces uno estando muy encerrado en la casa también se enferma y tiene que ver también con los tiempos, porque ahora uno en día anda corriendo uno no tiene tiempo de... ¡de nada! A veces yo me levanto a las siete de la mañana y a veces sin mentirle son las doce de la noche y me faltó día” (Ingresada, 37 años).

Las tensiones vinculadas a los roles y desigualdad de género en la pareja coartan las posibilidades de las mujeres de realizar actividad física de manera regular, pues las sitúa en el espacio público, generando espacios de interacción y sociabilidad que son cuestionados por sus parejas, estableciendo relaciones de género opresivas:

“Yo tengo un marido que es como ogro, [...] me absorbe todo el día [...] yo conocí zumba y él, poco menos que como que me gustaba la profe, porque yo quería pasar acá no más [...] así he vivido mi vida desde que estoy casada” (Ingresada, 27 años).

Otra tensión en el ámbito familiar remite a que, para poner en práctica una alimentación saludable, se debe cambiar los hábitos como familia. Aunque las mujeres piensan que esto podría resolverse con mayor “fuerza de voluntad”, si ésta no existe, la solución sería dejar de compartir un espacio fundamental de convivencia familiar como es la comensalidad, que no están dispuestas a abandonar:

“La persona que no tiene fuerza de voluntad, si no le ayuda su entorno, va a ser imposible. Lo único sería comer sola y después servirle al resto. ¿Pero dónde queda después la relación de familia? Si uno está acostumbrado a compartir la mesa, a compartir con su familia. ¡Entonces es feo, cuesta!” (Ingresada, 37 años).

Las mujeres también identifican algunos factores estructurales que les impiden poner en práctica un EVS. Identifican cambios socioculturales que han afectado la alimentación, como es la introducción de comida “chatarra”, causante de obesidad y otros problemas de salud:

“Yo creo que si una es obesa es porque la sociedad ha ido evolucionando en lo que es la comida, porque empezaron a llegar las comidas chatarra y se nos cambió la vida. Y eso activa, no sé, algo en la cabeza, en el cerebro, que uno se pone ansioso y desea comer esas cosas y ahí vamos viendo que empezamos con problemas de salud” (Ingresada, 38 años).

Otras mujeres reconocen diferencias en los hábitos de alimentación y prácticas de autocuidado entre “ricos y pobres”, que se explican por una cultura diferente y resultan en que los pobres tengan inevitablemente una peor salud. Una de las mujeres toma como referente Vitacura, una de las comunas más ricas del país, para mostrar estas diferencias:

“Yo trabajé en Vitacura y tú allá a un niño jamás lo ibas a ver con una papa frita en una mano. Y aquí tú sales a la calle y hay 10 negocios y un niño que todavía no camina está comiendo papas fritas. O sea, eso no es sano, [...] ¿y así va a crecer? Es una cultura. Y la cultura aquí en Chile está muy... muy segmentada. Los ricos son ricos y los pobres son pobres. Entonces de ahí van todas las enfermedades también” (Ingresada, 23 años).

En definitiva, las convicciones de las entrevistadas referidas a que se puede elegir un EVS e implementar prácticas de autocuidado, se enfrentan con su propia observación del contexto económico, familiar y sociocultural, que muestra limitadas posibilidades de hacerlo efectivo.

Por último, un hallazgo muy relevante es que esta brecha entre discurso y comportamiento se mantiene en las egresadas. Sus discursos dan cuenta haber adquirido un conjunto de conocimientos y estrategias entregados por el PVS: importancia de modificar el estilo de vida para cuidar la salud; conceptos sobre dietas saludables; aumento de su seguridad y autoestima. Asimismo, casi todas declararon cambios en la actividad física y en su cuerpo mientras realizaron el PVS, como también cambios en su alimentación y la de su familia. No obstante, la mayoría señala que los cambios logrados no se mantuvieron, lo que muestra que no basta con entregar información y herramientas prácticas. Paradójicamente, las dificultades para mantener un EVS son interpretadas por las mujeres como resultado de conflictos personales, pues se ven a sí mismas como carentes de fuerza de voluntad para vencer los obstáculos y autogobernarse, en coherencia con el DEVS instalado por el PVS.

Discusión

Como país de transición demográfica avanzada, Chile se caracteriza por el predominio de ECNT. En 2017, las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos causaron el 51% de las defunciones en hombres, y el 53,3% en mujeres, respectivamente ⁵⁵. La pregunta es cómo diseñar intervenciones efectivas que permitan disminuir estas enfermedades. Hasta ahora, las intervenciones han enfatizado la responsabilidad individual, bajo el supuesto de que la salud/enfermedad se explica por el comportamiento de los individuos, que sería racional y libremente elegido.

El PVS corresponde a una estrategia individual, cuyo enfoque supone generar cambios en la alimentación y la actividad física, apelando al esfuerzo y responsabilidad. Como se muestra en esta investigación, el PVS logra instalar su discurso. Sin embargo, es apoyado por otros dispositivos, pues las ingresadas también comparten nociones de EVS. Se trata de procesos de subjetivación de la salud, entendida como producto de la acción y conductas individuales, mediante el autocontrol y autocuidado.

Las entrevistadas se consideran responsables por su salud, mostrando un disciplinamiento del cuerpo, especialmente en la alimentación. Se trata de una perspectiva moralizante, que contribuye a la legitimación del modelo neoliberal como forma de comprender y organizar la sociedad.

Si bien el DEVS está presente en las entrevistadas, ellas constatan grandes dificultades para implementarlo en su vida cotidiana. La principal dificultad es carencia de recursos económicos para comprar alimentos saludables, por lo que deben privilegiar cantidad en vez de calidad. Aunque sean conscientes del tipo de alimentos considerados saludables, consumirlos regularmente puede llegar a ser imposible ³⁸.

En el plano familiar, las entrevistadas dan cuenta de múltiples tareas, lo que genera altos niveles de estrés. Si bien intentan llevar un EVS, que se refleje en sus preferencias al cocinar, sus decisiones sobre la alimentación se supeditan a las del núcleo familiar, lo que muchas veces resulta en privilegiar los comportamientos y preferencias alimentarias menos saludables de otros miembros del hogar ³⁸. Así, los roles y desigualdades de género son un importante determinante de elecciones y comportamientos en alimentación.

Por último, y fundamental por sus efectos sociopolíticos, la internalización del DEVS lleva a una invisibilización del componente de clase y del impacto de la desigualdad social en salud ^{19,25}, siendo como mucho identificados como diferencias “culturales” que impactan en las prácticas de autocuidado. La ausencia de comportamientos preventivos es vista como un fracaso personal y moral, lo que suele involucrar sentimientos de culpa ^{19,26,56} por no poder cumplir con el comportamiento esperado y, por tanto, moralmente correcto.

Estudios realizados en otros países muestran resultados similares. En Canadá, se encontró que las condiciones de vida desfavorecidas conforman cosmovisiones, preferencias y disposiciones incompatibles con la inversión personal en salud preventiva ⁵⁷. En Brasil, se evidenció que las circunstancias vinculadas al cuidado corporal traspasan los límites personales, abarcando dimensiones económicas y socioculturales ⁵⁸. Varias investigaciones señalan que las políticas de obesidad y promoción de EVS se enfocan en la responsabilidad individual, ignorando el componente estructural ^{23,24,25,26,27,28}. Los cuerpos obesos se presentan como indeseables, resultado de un estilo de vida deficiente y por tanto un fracaso moral, promoviendo así la internalización de la culpa y estigmatización hacia sujetos obesos ^{26,27}, y profundizando la construcción neoliberal e individualista de la obesidad ^{23,24}.

Conclusiones

Las entrevistadas fueron beneficiarias de un programa de prevención de ECNT, sustentado en el DEVS. Estos programas enfrentan el desafío de instalar cambios de hábitos y lograr su sostenibilidad, cuestión extremadamente difícil de lograr mediante estrategias de cambio individual. Se trata de programas iatrogénicos ¹, pues su diseño propone objetivos prácticamente inalcanzables, produciendo sentimientos de culpa por no poder cumplir con el modelo de vida “correcto”, lo que se entiende como una falla moral individual que lleva a cuestionamientos a nivel personal. Esta investigación señala la

importancia de centrarse en el contexto sociocultural y económico, cercano y estructural, como también de potenciar la comensalidad y una mirada no moralizante de la salud.

Nuestra investigación no niega la importancia de la agencia individual en salud, orientada a la “autoatención”⁵⁹. No obstante, esto requiere establecer la responsabilidad y ámbitos de acción que pueden ser abordables por los individuos y por tanto legítimamente exigidos²¹, sin caer en el salutismo. Esta investigación convoca a la instalación de intervenciones más pertinentes, como también a una revisión de los marcos conceptuales de la Salud Pública, en tanto disciplina y campo de intervención política.

Colaboradores

M. Ferrer-Lues contribuyó a la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. M. S. Anigstein contribuyó a la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos y revisión crítica relevante del contenido intelectual. M. Bosnich-Mienert contribuyó al análisis e interpretación de los datos y redacción del artículo. C. Robledo y L. Watkins contribuyeron al análisis e interpretación de los datos y revisión crítica relevante del contenido intelectual. Todas las autoras aprobaron la versión final que debe ser publicada y son responsables por todos los aspectos del trabajo, garantizando la exactitud e integridad de la obra.

Informaciones adicionales

ORCID: Marcela Ferrer-Lues (0000-0001-8211-1457); Maria Sol Anigstein (0000-0002-4023-2389); Milenka Bosnich-Mienert (0000-0002-1547-049X); Consuelo Robledo (0000-0001-6285-2098); Loreto Watkins (0000-0001-9343-1552).

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las mujeres entrevistadas, cuya participación permitió el desarrollo de esta investigación. También agradecen a Adriana Hevia Larenas por su colaboración en el trabajo de campo, y a Patricia Zamora Valdés, por su participación en el trabajo de campo y en los análisis preliminares de la información. Asimismo, las autoras agradecen al Fondo Nacional de Investigación en Salud de la ex Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), actual Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), que financió esta investigación (Proyecto FONIS SA13I20287). Asimismo, agradecen el patrocinio del Concurso de Fortalecimiento de la Productividad y Continuidad en Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma Universidad de Chile (Proyecto FPCI 24-0219).

Referencias

- Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:461-6.
- Gramsci A. *Antología*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2004.
- Foucault M. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
- Foucault M. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo Veintiuno; 2002.
- Ferrer-Lues M. ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile (1990-2010) [Tesis de Doctorado]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.
- Brandt A. Behavior, disease, and health in the twentieth-century United States: the moral valence of individual risk. In: Brandt A, Rozin P, editores. *Morality and health*. New York: Taylor & Francis; 2013. p. 53-78.
- Marmor TR, Barer ML, Evans RG. The determinants of a population's health: what can be done to improve a democratic nation's health status? In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. *Why are some people healthy and others not?* New York: Aldine de Gruyter; 1994. p. 217-30.
- Knowles JH. The responsibility of the individual. *Daedalus* 1977; 106:57-80.
- Lalonde M. El concepto de "campo de salud" una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996. p. 3-5.
- Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo I, Cerqueira MT, editores. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. San Juan: Organización Panamericana de la Salud; 1997. p. 7-48.
- Laval C, Dardot P. *La nueva razón del mundo*. Barcelona: Gedisa; 2013.
- Almeida Filho N, Castiel LD, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colect* 2009; 5:323-44.
- Ayres J. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
- Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy* 2008; 88:222-35.
- Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface (Botucatu)* 2010; 14:243-55.
- Wikler D. Lifestyles and public health. In: Post SG, editor. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan Reference USA; 2004. p. 1406-9.
- Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 1980; 10:365-88.
- Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977; 7:663-80.
- Blacksher E. Carrots and sticks to promote healthy behaviors: a policy update. *Hastings Cent Rep* 2008; 38:13-6.
- Schramm F. A saúde e um direito ou um dever? Uma autocritica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética* 2006; 2:187-200.
- Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000; 15:355-67.
- Farrell LC, Warin MJ, Moore VM, Street JM. Emotion in obesity discourse: understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention. *Sociol Health Illn* 2016; 38:543-58.
- Bissell P, Peacock M, Blackburn J, Smith C. The discordant pleasures of everyday eating: reflections on the social gradient in obesity under neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2016; 159:14-21.
- Ayo N. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Crit Public Health* 2012; 22:99-105.
- Lupton D. "How do you measure up?" Assumptions about "obesity" and health-related behaviors and beliefs in two Australian "obesity" prevention campaigns. *Fat Studies* 2014; 3:32-44.
- Lupton D. The pedagogy of disgust: the ethical, moral and political implications of using disgust in public health campaigns. *Crit Public Health* 2015; 25:4-14.
- Otero G, Pechlaner G, Liberman G, Gürcan E. The neoliberal diet and inequality in the United States. *Soc Sci Med* 2015; 142:47-55.
- Fairclough N. El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales. In: Wodak R, Meyer M, editores. *Métodos de análisis críticos del discurso*. Barcelona: Gedisa; 2003. p. 179-204.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas. *Observación General nº 14 (2000): el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. New York: Naciones Unidas; 2000.

32. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q* 2004; 82:101-24.
33. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:136-44.
34. Bachelet M. Programa de Gobierno de Michelle Bachelet 2006-2010. https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13433/1/2005_programa-MB.pdf (accedido el 12/Nov/2021).
35. World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2018.
36. Ministerio de Salud de Chile. Objetivos sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación del final del período. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
37. Ministerio de Salud de Chile. Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
38. Brown NA, Smith KC, Kromm EE. Women's perceptions of the relationship between recent life events, transitions, and diet in midlife: findings from a focus group study. *Women Health* 2012; 52:234-51.
39. Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:937-43.
40. Sloan C, Gough B, Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2010; 25:783-803.
41. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health (Irvine Calif)* 2010; 14:115-30.
42. Lindberg NM, Stevens VJ, Halperin RO. Weight-loss interventions for hispanic populations: the role of culture. *J Obes* 2013; 2013:542736.
43. Freidin B. Alimentación y riesgos para la salud: visiones sobre la alimentación saludable y prácticas alimentarias de mujeres y varones de clase media en el área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colect* 2016; 12:519-36.
44. Frenz P, Agurto I, Valenzuela M. Estudio de preferencias sociales para la definición de garantías explícitas en salud. In: Ministerio de Salud de Chile, editor. Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud. Borrador para la discusión. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010. p. 31-126.
45. Cabello C, Valenzuela F. Políticas públicas de promoción de estilos de vida saludable como forma de gobierno por medio de la comunidad. *Movimento (Porto Alegre)* 2020; 26:e26092.
46. Pincheira I. Programa gubernamental "Elige Vivir Sano": cuerpo, salud y felicidad en Chile durante la presidencia de Sebastián Piñera. In: Oyanedel JC, Mella C, editores. Debates sobre el bienestar y la felicidad. Santiago: Ril; 2014. p. 107-28.
47. Soto Lagos RA. Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludable: análisis del discurso del Sistema Elige Vivir Sano en Chile. *Movimento (Porto Alegre)* 2015; 22:391-042.
48. Rojas Lasch C. Afecto y cuidado: pilar de la política social neoliberal. *Polis* 2018; 17:127-49.
49. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1992.
50. Ministerio de Salud de Chile. Estrategias de intervención en niñas, niñas, adolescentes y adultos. Año 2011. Piloto de Vida Sana. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2011.
51. Vásquez L, Ferreira R, Mogollón A, Fernandes J, Delgado E, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
52. Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qual Soc Res* 2009; 10:26.
53. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
54. Basaglia F. Mujer, locura y sociedad. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 1987.
55. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas vitales. Informe anual 2016. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas; 2018.
56. Murray S. Pathologizing "fatness": medical authority and popular culture. *Sociol Sport J* 2008; 25:7-21.
57. Audet M, Dumas A, Binette R, Dionne IJ. Women, weight, poverty and menopause: understanding health practices in a context of chronic disease prevention. *Sociol Health Illn* 2017; 39:1412-26.
58. Varnier T, Gomes I. Entre ações e discursos: a recepção dos usuários às informações de um programa de educação em saúde da rede pública na cidade de Vitória/ES. *Rev Bras Ciênc Esporte* 2017; 39:219-25.
59. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 2018; 58:104-13.

Abstract

The discourse on healthy lifestyles (HLS) states that a population will remain healthy by adopting such lifestyles, modifying unhealthy and thus morally incorrect individual behaviors. The HLS discourse has been hegemonic in Public Health since the late 20th century. It assumes freedom of choice by individuals, who purportedly make rational decisions, seeking the lowest cost and maximum individual benefit, the neoliberal model's basic premise. It thus overlooks the relevance of living conditions for health and health inequality. The current study focused on the perception of the HLS discourse and its repercussions on the behavior of low-income Chilean women. Semi-structured interviews were held with beneficiaries of a government program (Healthy Life Program), based on the HLS discourse. The study explored the women's discourse on health and its correspondence with the HLS discourse. It also analyzed the possibilities of implementing the discourse in practice, from the women's own perspective. The results showed that the women view health as the result of lifestyle, which can be freely chosen. However, they identify various barriers to implementing healthy lifestyle in practice at the economic, family, and sociocultural levels. The conclusion is that individuals should be considered within the family, social, and structural contexts in which health and disease are produced, while abandoning the moralist perspective that legitimizes the neoliberal definition of health.

Healthy Lifestyle; Chronic Disease; Disease Prevention; Politics

Resumo

O discurso sobre estilos de vida saudáveis (DEVS) propõe que uma população se manterá sã se adotar estilos de vida saudáveis, alterando comportamentos individuais prejudiciais para a saúde e, portanto, moralmente incorretos. O DEVS se tornou hegemônico na Saúde Pública desde o final do século XX. Está alicerçado no princípio de liberdade de escolha dos indivíduos, que tomam decisões racionais buscando o menor custo e o maior benefício individual, premissa básica do modelo neoliberal. Com isso, omite a importância que as condições de vida desempenham para a saúde e a desigualdade na saúde. Esta pesquisa investigou a percepção do DEVS e a sua repercussão no comportamento de mulheres chilenas residentes em bairros populares. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com beneficiárias de um programa de governo (Programa Vida Saudável), sustentado no DEVS. Estudou-se o discurso das mulheres sobre a saúde e o seu alinhamento com o DEVS. Também foram analisadas as possibilidades de implementação deste discurso, do ponto de vista das próprias mulheres. Os resultados mostram que as entrevistadas entendem a saúde como o resultado do estilo de vida, que pode ser livremente escolhido. Entretanto, identificam diversas barreiras para colocá-lo em prática, nos planos econômico, familiares e sociocultural. Daí se conclui que as estratégias devem considerar os sujeitos nos contextos familiares, sociais e estruturais nos quais se gera a saúde-doença, e abandonar a perspectiva moralizante e legitimadora da concepção neoliberal da saúde.

Estilo de Vida Saudável; Doença Crônica; Prevenção de Doenças; Política

Recibido el 29/Nov/2020
 Versión final presentada el 07/Jun/2021
 Aprobado el 25/Jun/2021



Medical Anthropology

Cross-Cultural Studies in Health and Illness

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/gmea20>

Being for Others and Material Conditions: The Limits of the “Healthy Lifestyles” Notion for Chilean Women

María Sol Anigstein, Marcela Ferrer-Lues, Loreto Watkins, María Consuelo Robledo & Milenka Bosnich

To cite this article: María Sol Anigstein, Marcela Ferrer-Lues, Loreto Watkins, María Consuelo Robledo & Milenka Bosnich (2021): Being for Others and Material Conditions: The Limits of the “Healthy Lifestyles” Notion for Chilean Women, Medical Anthropology, DOI: [10.1080/01459740.2021.1935924](https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1935924)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1935924>



Published online: 06 Jul 2021.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 199



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Being for Others and Material Conditions: The Limits of the “Healthy Lifestyles” Notion for Chilean Women

María Sol Anigstein^{a,b}, Marcela Ferrer-Lues^c, Loreto Watkins^a, María Consuelo Robledo^a, and Milenka Bosnich^c

^aDepartment of Anthropology, University of Chile, Santiago, Chile; ^bPublic Health School, University of Chile, Santiago, Chile; ^cDepartment of Sociology, University of Chile, Santiago, Chile

ABSTRACT

Public policies to prevent non-communicable diseases (NCDs) by promoting health lifestyles began in Chile in the 1990 s, yet NCDs are still highly prevalent. We draw on the theoretical approaches of the Latin American Collective Health (LACH) and critical medical anthropology (CAM) to elucidate why these policies have not had the desired effects. Women with low socioeconomic status and participating in the Choose Healthy Living Program identified obstacles to healthy living and the subjective tensions resulting from the healthy lifestyles ethic. Their experiences demonstrate how lifestyles emerge from the intersection of agency and structure, so it cannot result from individual action alone.

RÉSUMÉ

Las políticas que promueven la adopción de un estilo de vida saludable, como mecanismo de prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT), se implementan en Chile desde la década de 1990. Sin embargo, las ENT mantienen una alta prevalencia en la población. Indagamos en las razones del fracaso de este enfoque, desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana y la Antropología Médica Crítica. Para ello, analizamos los discursos de mujeres de sectores populares, egresadas del Programa Vida Sana (actual Programa Elige Vida Sana). Identificamos diversos obstáculos para adoptar un estilo de vida saludable, como también tensiones subjetivas resultantes de la ética de los estilos de vida saludable. Las experiencias de estas mujeres muestran cómo los estilos de vida no dependen únicamente de decisiones individuales, sino que emergen de la intersección entre agencia y estructura.

KEYWORDS

Chile; collective health; critical medical anthropology; gender; healthy lifestyles; non-communicable diseases

PALABRAS CLAVE

Chile; salud colectiva; antropología médica crítica; género; estilos de vida saludables; enfermedades no transmisibles

The concept of “lifestyle” is of key concern to public policymakers. Evidence of the relationship between certain habits (healthy diet, physical exercise, and avoiding tobacco) and the risk of non-communicable diseases (NCDs) has fueled research in this area (Álvarez 2012). Since the 1950 s, the phrase “lifestyles and health” has been widely (and almost exclusively) used to describe individuals’ behavior as being linked to the risk of chronic disease, and to emphasize individuals’ responsibility for their own health (Menéndez 2009).

In Chile, this approach has been strongly implemented since the 1990 s in health promotion strategies and disease prevention (Ferrer-Lues 2015), with the creation of programs and policies designed to promote individual responsibility for health care among the Chilean population (Soto Lagos 2016). Examples include the Ministry of Health’s National Health Promotion Plan and the

CONTACT Marcela Ferrer-Lues  mferrer@uchile.cl  Department of Sociology, University of Chile, Ignacio Carrera Pinto, Santiago 1045, Chile

Media teaser: We uncover the tensions experienced by women users of a health program in Santiago, Chile, due to the concept of “healthy lifestyles.”

National Council for Health Promotion *Vida Chile* (Chile Life), which encourages healthy living through communication strategies, regulations, healthy schools, and community health promotion plans (Ferrer-Lues 2015).

The *Programa Elige Vida Sana* (PEVS; Choose Healthy Living Program, which at the time of this investigation was called *Vida Sana* – Healthy Living), was carried out by the Ministry of Health (*Ministerio de Salud de Chile*, MINSAL), and aims to help reduce risk factors, such as sedentarism and obesity, by increasing physical exercise and enhancing nutrition within the population at high risk of developing NCDs (Elige Vivir Sano 2018), specifically people with type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease (Daigre et al. 2016).

When we conducted this study, between 2013 and 2016, there were two versions of the PEVS: one for children and adolescents between 2 and 19 years old, and the other for adults between 20 and 64.¹ Our research focused on the adult group, which focused on reinforcing self-care and “its role in the family environment to favor and reinforce competencies and skills in the acquisition of habits and healthy behaviors” (Daigre et al. 2016, 2). At the time, the program lasted for 12 months, including an initial intensive phase of 4 or 5 months consisting of individual and group intervention. The initial evaluation encompassed a medical and nutritional checkup, as well as a psychological and physical assessment, to determine subjects’ condition and to plan strategies to change their habits and improve their health (*Ministerio de Desarrollo y Social y Familia* [MSDF; Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) 2018).

Throughout the first phase, group sessions of physical activity were spread over sessions lasting 45 to 90 minutes each. In addition, there were five “Healthy Living Circles” consisting of “workshops facilitated by a nutritionist and psychologist, with the purpose of sharing knowledge and tools to enable participants, their families, and surrounding networks to adopt changes in habits identified in the program, and to complement therapeutic support” (Daigre et al. 2016, 3). The program included individual sessions comprising one consultation and four follow-up sessions with the nutritionist, a meal plan for the user and her family with follow-up and monitoring of nutritional progress, two psychological consultations, and three evaluations of physical condition.

The PEVS has some drawbacks. According to a report by the Chilean Budget Office (DIPRES), in 2015, 35% of the participants who entered the program dropped out by the third month, 51% by the sixth month, and 86% left before completing the twelfth month (Daigre et al. 2016). Why is the dropout rate so high among the program’s participants? The report attributes this to the lack of “a cross-sectional perspective, which would provide different support to strengthen the outcomes of intervention and its sustainability over time” (Daigre et al. 2016, 75).

The health problems addressed by the PEVS are far from being resolved, or even from showing improvement. This is clear based on the latest national health questionnaire (MINSAL 2017), according to which 34.4% of the population over the age of 15 is obese, including 38.4% of women, and even more so in those with less than eight years of schooling (46.6% for both males and females). In addition, 12.3% of the population has suspected diabetes mellitus, with a marked difference between people with less than eight years of schooling (25.3%) and those with more than twelve years of schooling (7.7%). Similarly, an average of 27.6% of the population has suspected arterial hypertension, with a shocking increase among those with less than eight years of schooling (57%), and “only” 15% of people with more than 12 years of schooling (MINSAL 2017). While health indicators reveal a bleak panorama, this is not homogenous across the entire population, where significant differences are apparent according to gender and schooling (as a proxy for social class), which are linked to the vast economic and social inequalities characteristic of the country.

Although social health programs that focus specifically on healthy lifestyles have existed in Chile since the 1990 s, the widespread expansion there in the twentieth century of social medicine – whose principles contrast with the healthy lifestyle perspective – established the relationship between the material conditions of existence and health. Starting in 1918, social medicine² began to blossom in the nation due to the struggle of the *salitreros* (workers who mine for saltpeter) and the support of some doctors trained in the methods of Virchow.³ Among them was Salvador Allende, who helped to

strengthen this view, first as the Minister of Health and later as President of Chile (Waitzkin et al. 2001).

Toward the end of the 1970 s, the theoretical discourse surrounding social medicine intensified across Latin America and came to be known as “collective health” in many countries. During this period, the relationship between social class and health problems became clearer, as well as the inequalities in access to health care (Iriart et al. 2002). In Chile, this perspective was weakened by the military dictatorship of Pinochet.

The Latin American Collective Health (LACH) approach suggests that society, as an entire entity, cannot be reduced to the sum of its individuals. The LACH approach sees health and disease to be the result of a dialectical relationship between biological and social factors. Hence, the notion of the social determination of health – which refers to the sociohistorical process of human reproduction and biological wear-and-tear (Laurell 1986) – reveals how social inequalities in health take form (Arias-Valencia 2017; Breilh 2013; Morales-Borrero et al. 2013). According to Breilh (2013), subjects are subsumed in ways of living and conditions imposed by a social unit of which they are also agents, by means of social production and reproduction processes, allowing for the social determination of health and illness processes (Morales-Borrero et al. 2013), as well as lifestyles (Breilh 2010, 2013). This contradicts the view that individuals are solely responsible for their lifestyle.

In this article we question the concept of a healthy lifestyle from the stance of critical medical anthropology (CMA), and the collective health paradigm, as we believe that both of these approaches complement each other.

From an anthropological angle, lifestyles emerge from the intersection between agency and structure, and are situated within a specific local context. In addition, CMA permits us to analyze the political dimension of the healthy lifestyle and its effects on a subjective level. Along these lines, based on the information produced by a study in Pedro Aguirre Cerda – a district of Santiago, Chile – we posit that the PEVS’ promotion of a healthy lifestyle forms part of a process of discipline and self-control, sedimented in neo-liberal forms of subjectivation, which Crawford (1980) and Turrini (2015) define as *healthism*.⁴ This situation generates tensions and discomfort on a subjective, emotional level among the program’s users, while at the same time concealing the structural conditions responsible for this precarious state.

We thus suggest a double purpose. On the one hand, we imply that anthropology is an important discipline that has made a valuable contribution to collective health due to its conceptual tools and methodologies, which boost understanding of the relationship between material and structural conditions, the everyday life of a defined population, and public health policies (in this case, the PEVS). On the other hand, we aim to uncover the tensions experienced by this program’s users due to the concept of a healthy lifestyle.

Methods

We carried out a qualitative study that was descriptive and interpretative in nature. We based our analysis on semi-structured interviews with female users of the PEVS in 2013 in the urban municipality of Pedro Aguirre Cerda, in the southern part of Santiago, the nation’s capital. Considering that the PEVS implementation is exactly the same in all of the country’s municipalities, we chose this district because our research team had previous contacts in it, which made access more practical. Furthermore, Pedro Aguirre Cerda has similar socioeconomic indicators to those of the national average and several other districts in Santiago (MDSF 2016a, 2016b).

In the late 1940 s in Pedro Aguirre Cerda, as in most other parts of Santiago, a vital urbanization process began, with housing programs introduced by the state and aimed at the working class. As part of such programs, the first residential complexes were built, several of which form part of the district today. Later, between the 1950 s and 1970 s, more planned, urbanized residential complexes were erected, in many cases as a result of popular protests and in order to resolve housing shortages (Pedro Aguirre Cerda Municipality 2019).

The 2017 census showed that Pedro Aguirre Cerda had 101,174 residents (Instituto Nacional de Estadísticas [INE] 2017). In 2015, the National Socioeconomic Characterization Survey [CASEN] categorized the district as mainly composed by households of low socioeconomic status (SES), with 11% of its population living in a state of income poverty,⁵ and 35% living in a state of multidimensional poverty – one of the highest proportions in Santiago during this period (MDSF 2016b).⁶ Two years later, the 2017 CASEN also revealed that 9.8% of the population lives in homes which lack basic services, while 18.1% of the homes were overcrowded (Biblioteca del Congreso Nacional [National Congress Library] 2020).⁷

Our initial goal was to analyze perceptions of the healthy living discourse and its repercussions for behavior among those at risk of chronic NCDs. We interviewed 31 women, 15 of whom had completed the PEVS and 16 who were entering the PEVS cycle. For this article, we chose the 15 who had completed the program, and whom we accessed through the register of a community health center. It was very difficult to reach the whole sample because many women had changed their telephone number or postal address, and so we made the selection primarily for convenience. Although this program is directed at both sexes, during this period in the district there were no male participants – which is consistent with the fact that 93.8% of the PEVS participants are women (Daigre et al. 2016). Hence, it was only possible to work with female users.

The final sample was composed of eight women between 19 and 34 and seven between 35 and 45. Their total family income averaged CLP 435000 USD per month, equivalent to US 551. USD With one exception, all were mothers. Six had completed secondary school, seven had undergone technical professional studies, and two had started a university course but had not completed it, although one of them was still studying. Their occupations were diverse; seven worked remuneratively in services and sales out of the home, three worked remuneratively within the home (hairdressing and childcare), one was unemployed, and four were at home (in other words, looking after the inhabitants and the home without being paid). In Chile, women undertake twice as many hours of unpaid domestic and care work as men, independent of their participation in paid work (INE 2016). This coincides with the situations described in the interviews; in almost all cases, the users themselves are in charge of the domestic and care tasks in their homes, even when they engage in paid work outside or inside the home.

According to secondary sources, in Pedro Aguirre Cerda, 11% of the residents identify as indigenous (mostly Mapuche), and 6% are international migrants (INE 2017), however all the women interviewed have Chilean nationality. None of them indicated that they belong to an indigenous community or are migrants.

The fieldwork consisted of semi-structured interviews (which we recorded and transcribed) and a sociodemographic questionnaire. The Ethics Committee of the University of Chile's Faculty of Medicine approved of the study, and all the women gave informed consent.

We carried out the analysis using part of the system of the constant comparative method, derived from grounded theory (Strauss and Corbin 2002) and thematic analysis (Valles 2003). We used open coding, axial coding, and finally selective coding, supported by Atlas.ti 7.0 software. We defined nine codes clustered into three families that represented the analytical categories, which we used to classify the results. The categories were gender roles and work (paid and unpaid) in terms of lifestyle (2 codes), environment (including infrastructure, food, and the availability of physical activity) (5 codes), and self-control and individual responsibility (2 codes).

Conceptual approach

There is a lack of consensus on the meaning of the concept “lifestyle” due to the diversity and heterogeneity of its usage in different disciplines (Dumont and Clua García 2015). Epidemiology makes extensive use of the concept, but reduces its meaning to the rational adoption of behaviors. According to this notion (which is predominant within public health), people are healthy if they adopt healthy lifestyles, which they can achieve by modifying individual behaviors considered harmful to health.

Lifestyle as a product of the intersection of agency and structure

In the social sciences, lifestyles are essentially patterns of group (versus individual) behaviors, which are considerably influenced by social structure (Álvarez 2012; Anigstein 2020). Cockerham (2005 cited in Álvarez 2012) hypothesized that healthy lifestyles are configured by the different choices people make, as they seek opportunities that provide the context in which they live in. There is a dialectical relationship between options (life choices) and opportunities (life chances) (Cockerham 2005 as cited in Álvarez 2012). Thus, a convergence is established between agency and structure in healthy lifestyles. This understanding, based on Weber and Bourdieu's theories, effects how lifestyles are studied. Instead of assuming that individual people make rational choices, it investigates material, social, and cultural conditions, and favors the adoption of healthy behaviors (Álvarez 2012).

The environment and relationships constructed therein play a decisive role in the configuration of habits and customs, in which case – as well as an individual's social characteristics (e.g., level of education, income, occupation) – we must also consider the nature of the environments they inhabit, such as poverty indicators, criminality, and inhabitants' average income.

Likewise, CMA recognizes that health problems should be approached in the context of social, political, and economic forces given external, environmental, or structural changes, rather than from an individualistic angle with its emphasis on personal and internal changes (Tippens et al. 2012). Dumont and Clua García (2015) align with this view and developed a socio-anthropological approach toward the lifestyle concept, defining it through the link between social structure and individual and collective predispositions.

To expand on the link between lifestyles and environment, we propose using the concept of local ecologies of care. Das and Das (2006) in their studies in Delhi sought to move beyond the scope of individual health implied by lifestyles, and emphasized how the inhabitants deal with health-disease processes in everyday life. They suggested that for this to happen, an ensemble is generated between the specific form taken by biomedicine in this context and local traditions, medical knowledge, material conditions, the formal and informal local economies, and state performance. These elements comprise local ecologies of care, which sustain the population's health on a daily basis within the range of possibilities available, while at the same time creating subjectivities regarding health-disease processes. From a similar angle, Han (2012), in an ethnography carried out in Chile and referring to the relationship between the impact of economic precariousness and state violence on mental health, found that everyday life is made up of local strategies with which people try to alleviate poverty, and in which state programs forcefully impose, implement, and reinforce moral discourses.

Lifestyle as a construct of self

Likewise, lifestyles constitute the ways in which social and cultural relationships materialize our own perceptions and how we behave in the world (Csordas 1990). This manifests in the decisions people make regarding whether to follow certain advice, how to spend their time, and also in unconscious actions (e.g., dietary preferences), whether they find something boring or entertaining, and in emotions, perceptions, and their relationship with their own bodies.

It is within this embodiment of life and in the body itself where the healthy lifestyle discourse unfolds, like the medicalization of everyday life, resembling a kind of "healthism" (Turrini 2015). During the 1970s, two social science researchers revealed transformations in biomedicine in the context of capitalist societies of the twentieth century. One of these scholars, Ivan Illich, looked at how capitalist logic is interwoven into the biomedical model. Illich denounced the medical system of "leaving not only individuals, but entire populations to survive in inhumanly poor conditions of personal health" (1975, 218) because of the use of scientific progress for economic benefits rather than the population's well being. The other researcher is Irving Zola, who argued that medicine has become an institution of social control, and that two movements have permitted the expansion of its application: the jurisdiction and legitimization of the medical profession (of health workers in general), and

a widening of social processes and phenomena that can now be considered a kind of illness or disease (Turrini 2015, 16).

Building on this reflection, the concept of healthism emerged in the 1980s. Healthism happens along with the diffusion of a health promoting discourse, which (with the goal of preventing illness and disease) does not stress the actions of health professionals (diverging here from the medicalization processes), but rather the lifestyles of the health care system's users. In other words, healthism affects habits and individual behaviors involving a great variety of aspects of everyday life such as eating habits, sleep, and physical activity (Turrini 2015).

This focus on the individual behavior of the health care system's users converts people into prime movers, and consequently those responsible for their own well-being. At the same time, this produces a new form of moralism in which healthy lifestyles are valued as a desirable way to live. Following this claim, health – understood from a biomedical angle – plays a central role in the production of the self through the connection to freedom of choice and the evaluation of risk, which are inherent in neoliberal subjectivities (Turrini 2015).

Gago (2014) and Laval and Dardot (2013) described neoliberal subjectivities as answering to a rationality that organizes itself around freedom, calculation and control, giving rise to individual repertoires of efficiency, which – by means of a self-project using technologies of the self – become a personal enterprise.

What we have seen thus far allows us to reflect on healthy lifestyles while revealing operations by which material conditions remain out of focus, but nonetheless form part of a network (composed of specific ways of living), producing particular types of subjectivity that give rise to lifestyles (Anigstein 2020). This healthist undertaking of the construction of self – sustained within neo-liberal subjectivities (with which programs such as the PEVS are connected) – has a place in socioeconomic contexts and certain territories; it sheds light on tensions and impossibilities in successive folds and sedimentations of public policy. We now present these tensions and impossibilities.

Findings

Gender roles

During the fieldwork, we found that the women who had participated in and completed the PEVS did not mention the material or structural conditions that compose their daily lives, and how these aspects interrelate with what they define as a healthy lifestyle. For this reason, we developed an exegetic exercise to investigate the margins of their discourses, taking into account the conditions of the resident population and the environment they inhabit. Hence, we were able to verify that gender plays an important role.

Within the informants' homes we found different material and social conditions that seemed to hinder them from looking after their health (which they defined in their own words), having a healthy diet, and engaging in regular physical exercise.

When we refer to “women at home,” it becomes fundamental to adopt a gender approach, given that the obstacles the women identified within their homes are permeated by the role they must fulfil as women, being the ones responsible for domestic work and caring for the rest of the family group. The domestic work they are obliged to undertake in their roles as wives and mothers comes before everything else, including looking after their own health. It was revealing to ask them what they did in their so-called “free time:”

I've got to do the washing, wash my son's clothes, tidy up and clean the house. Sometimes if there's time, I'll do gardening, or my son's homework; I've got to be there to help him. (32 years old, 1 child)

When I'm working, I've got a couple of days where, well they're to sort the house out rather than time for me. More than the house really, it's the kids, being with them. (40 years old, 2 children)

The participants, in their roles as wives and mothers, indicated that before taking care of their own health, they focus on looking after other family members. According to Lagarde (1990, 2004), this

postponement (sustained in self-neglect) is based on women's condition as *being-for-others*, whereby their energy is destined for other people:

We don't respect our bodies because we don't use them well, especially housewives; we're always looking after others and we don't look after ourselves, so we're not healthy [...]. You always get tired at home and get ill [because of] people, you get ill because of the house, the cleaning, the meals, this, that, the other, the kids' problems, homework, and you don't give yourself any time. (41 years old, 4 children)

Considering that all the members of the PEVS are women, their condition as *being-for-others* manifested on many levels in the interviews. Some of them decided to enter the PEVS (in the words of one interviewee) "to help my son. Because he's in treatment for being overweight, so I can do it with him" (40 years old, 2 children). This participant added that "it wasn't just for me," and explained that if it had not been for her son, she would not have taken part in the program. Further, the women started to look after themselves in the program, but in the background, they always need to look after others: "Because I've got two kids, and if something happened to me, then who'd look after them?!" (30 years old, 2 children) and "I try to stay well, because when the mother gets ill, everything falls apart" (45 years old, 3 children).

Another dimension where this *being-for-others* condition is manifested is that some of the participants generate a type of "sacrifice" of their own health for the sake of others: "I always used to look after myself, eating the right foods and everything. But then I met my husband [...]. We like eating out. I changed jobs. So, all that affected things, like, it was time, my husband" (38 years old, 2 children).

Just as the interviewees' partners play a fundamental role, childcare and other work related to motherhood emerged as a primary obstacle to the women's ability to follow the program. They explained that they could not do the physical exercise of the PEVS because: "It's difficult since I haven't got anyone to look after my daughter" (22 years old, 1 child), or "A woman who works can't go to Zumba at 8, 9 at night, she hasn't got the time. Because she gets home tired, has to do the homework, make dinner, a load of other things" (30 years old, 2 children).

Just as in the last quote, work outside the home came into focus when the interviewees gave reasons for neglecting their health, above all due to a lack of time implicated by the double workload they sustain, especially since paid work does not release them from domestic and care duties. In some cases when work was remunerated, it took second place to unpaid domestic and care tasks:

I've really let myself go, physically. Mostly because of work, I got another job and now I've had a lot to take on, so I hardly have any time, and what there is I try to spend it with my family, have a bit of a rest. When I can, I go to Zumba with a friend. Whenever I possibly can, I go. (28 years old, 1 child)

There's never enough time for anything: look after the kids, run, make lunch, do the housework, the job, everything. (41 years old, 4 children)

The women who work remuneratively express that their care duties and domestic demands influence the types of lifestyle they can have, owing to the lack of free time associated with working outside the home while also maintaining the home itself. The women referred to the physical and mental exhaustion generated by having to simultaneously solve situations that Hochschild and Machung (2012) called "double presence." All this impedes the women from eating healthily and from exercising, while also putting the strategies proposed by the program at stake:

The problem is, say, in the morning I make some pasta; am I really going to make a carrot omelet? Am I going to be grating carrots, frying onions, and beating eggs? A carrot omelet is healthier, but it's quicker for me to make some pasta, and while it's cooking, I'm putting my make-up on [to go to work]. Because like, healthy food, it takes longer to make. Chopping it all up, chopping the vegetables, but say if you just make rice, you can leave the stove on while you do something else. (38 years old, 2 children)

Although the informant quoted above is aware of what is considered healthy, actually achieving it is another matter; it is impossible to employ a strategy that also includes remunerated work. Another aspect of the *being-for-others* position is the interference from the other members of the family group,

who often do not become involved with the participants' new eating patterns initiated in the program. Sometimes, new eating plans or behaviors are devalued:

I really like eating cochayuyo [a type of seaweed]. I try to eat salads with cochayuyo and peas. When I serve myself, they look at my plate and say, "Now you've gone mad." And then I feel bad about it again. (47 years old, 2 children)

I have to do something different because my husband won't stand for eating salad every day. My husband's obese as well. And he's not into it; the truth is that with him, it's impossible to try to eat healthy. (40 years, 2 children)

The women's role in their homes is characterized by their responsibility in terms of un-remunerated domestic and care work (which in many cases is in addition to remunerated work). Their indispensability constitutes a structural aspect that permeates everyday life, and solidifies into a restriction of possibilities of mobilizing resources and times, making the sustenance of the healthist undertaking in which they are enrolled into a near-impossible dream.

Environment: infrastructure, diet, and physical exercise

The environment and relationships formed therein play a decisive role in the configuration of habits and customs. In this sense, we need not only bear in mind individuals' social traits (e.g., level of education, income, occupation); we must also take into account the circumstances of the geographic region they inhabit (e.g., poverty indicators, crime rates, inhabitants' average income), taken as a unit of analysis, instead of just the sum of each individual's particular conditions (Álvarez 2012). Thus, within a contextual analysis, to understand eating patterns or the practice of physical exercise, we need to look at the real opportunities offered by the neighborhood that allow people to achieve a balanced diet or to engage in regular recreational activity (Álvarez 2012).

Material and structural elements both inside and outside the home hamper healthist efforts and are frequently pointed out by the interviewees as secondary to central problems, whereas healthy habits are perceived as being constructed through will power.

The interviewees referred positively to the infrastructure and local opportunities for physical activity, albeit with certain qualms. For example, they mentioned the exercise machines that have been installed in parks in recent years: "Sometimes when there are lots of people it's uncomfortable because everyone's looking at you. You can sort of play around, like for one or two minutes. But to train seriously, it's quite awkward" (26 years old, 1 child). As the quote relates, the machines are seen as being meant for individual use, but some of the informants experienced them as spaces of exposure, which caused them to feel shy or embarrassed.

A similar situation arises on bicycle paths, which have increased in number: "In [the district of] Pedro Aguirre Cerda, the municipality made a bicycle path that was several meters long which you can use now, but we don't use it" (44 years old, 2 children). In other words, even if the infrastructure is valued, it seems inadequate for the community's needs, possibilities, or habits.

On the other hand, the positive evaluations of possibilities for physical activity revealed other reasons why the infrastructure is little-used. In looking at the participants' needs and desires, one of them said, "I can't be bothered to go by myself to do exercise. But [in the Zumba class of the Healthy Living Program] everyone there had the same aims and supported each other; it was good. We were motivated" (26 years old, 1 child).

Hence, physical activity is linked to social and collective spaces in that some of the participants long for a community-oriented environment so they can take part in these activities. Further, lifestyles seem to be greatly affected by social organization and collective aspects, rather than individual responsibility.

Regarding the range of foods available, one woman said, "Here, there's junk food everywhere you look" (38 years old, 2 children). Unhealthy foods are available throughout the neighborhood, in the workplace, and at school. Another participant stated, "It was on the news that they were going to ban junk food in school kiosks, but that never happened" (47 years old, 2 children).

The cost of food is also a relevant factor, and is especially challenging for interviewees who work outside the home:

If you want to have a healthy diet, you need to be well-off. It's expensive to eat healthily. It's easier to go to a fast food place and have a hot dog than have a proper lunch somewhere you'll have to spend much more money. (26 years old, 1 child).

These are women from households with a relatively restricted average income, which coincides with the district's socioeconomic features (high levels of multidimensional and income poverty). Thus, many preferences are modeled and in a dialectical relationship with economic possibilities (i.e., with material poverty). Women also lack the time and resources to pay for help.

Self-control and individual responsibility

When we asked the interviewees what it means to “be healthy,” they responded that this largely depended on having a healthy lifestyle. They always associated health with maintaining certain eating patterns, doing regular physical exercise, and holding particular attitudes about life; thus the healthiest standpoint became apparent (Turrini 2015). Health, then, understood as a personal undertaking (Gago 2014; Laval and Dardot 2013), requires self-control and calculation, translated into self-disciplinary discourse. In the words of one interviewee:

I try to think about tomorrow, in achieving the goal. My goal is to be healthy. For my body to self-regulate. For my metabolism to function on its own without taking medication. I manage to have this routine and these habits, and it's not an effort anymore—just part of my life like eating, or sleeping. It's part of my life. (36 years old, 2 children)

However, this is not always achieved. One participant described how when she overeats, control is not always possible: “After a meal . . . it makes me angry. [I ask myself] ‘Why did I eat that?’ or ‘Why didn't I have just a little bit?’ Nearly always when I fry stuff or make unhealthy food, I get heartburn later and I regret it” (47 years old, 2 children).

Not managing to attain a healthy lifestyle is experienced as a personal failure, which in turn generates guilt that is attributed to the individual's anxiety, a limited capacity to deal with stress, depression, laziness, and a lack of perseverance. Failure, regarding the ideal of constructing one's own health, and when themed in terms of individual responsibility, eclipses the material and structural conditions of existence. These conditions (which, from our perspective, produce ways of living) are linked to the general context (Breilh 2013) and form a tacit part of the constitution of subjectivities, as well as vital projects/undertakings of the female PEVS participants.

As mentioned at the beginning, from the stance of the women interviewed, being healthy depends to a great extent on the individual's capacity to maintain a certain attitude about life. In other words, lifestyles would primarily be sustained based on a particular outlook, which implies psychological/emotional/mental well-being and permits the performative embodiment of a healthy lifestyle. One participant said, “You can have a ‘healthy attitude’ [but it] depends on each human being and the effort [he/she puts] into it” (36 years, 2 children).

Because of this, the predominant, disciplinary role of the healthy lifestyle discourse understood by the interviewees (the greater part deriving from the biomedical world) is reinforced by the PEVS. When not successfully achieved, they experienced a sense of personal failure, which generated feelings of guilt. Another participant described the following: “You say: ‘I can control what I put in my stomach,’ like it's my mouth and nobody can make me open it. If I want I'll open it and I'll eat what they're giving me. So, you're guilty; you know what's happening” (37 years old, 3 children).

One informant (22 years old, 1 child) admitted that she abandoned her habits learned in the PEVS. When she explained why she “failed to complete” the program, she alluded constantly to individual responsibility, saying that she was “lazy,” “apathetic,” and “I don't do anything.” To be able to get back into those habits, she said she would have to “think and set some goals, say, ‘That's enough!’ and make the effort again.” She stated all of this without referring directly to the complex situation she was in,

and which she described during the course of the interview. She was an unemployed, single mother living with her father, with whom she did not get along. However, most significantly, the father of her daughter was harassing her (this last factor had led her to quit her job and want to leave the city to get away from him). The only material restriction she pointed out was a lack of resources to buy the things she needed.

While in some cases it is possible to identify the origin of suffering within the context in which they live (e.g., the number of hours worked, gender-related oppression, etc.), in most circumstances, the participants did not mention it, and referred to anxiety and stress as being due to personal weakness. In not one case did the participants seem relieved from their individual responsibilities. They firmly voiced ideas about “will power,” a “change in mentality,” and the “strength” of spirit necessary to sustain the good habits learned in the program. They asserted they could “make more effort” and “make the time.”

At the same time, they mentioned experiences that they recognize as positive. On the one hand, it seems that the program allows them time for themselves in their daily lives, to manage their time, and to have a space for rest (individually or collectively) where they are neither workers nor caregivers. The meaning of this space is reinforced by the self-care discourse developed in the workshop, and has value of its own for the participants, especially for those who are housewives, “because the body needs to get rid of the bad vibes or all the stress at home” (33 years old, 2 children). On the other hand, the psychological support offered by the PEVS is highly valued: “The psychologist is good, she’s great. When we talk we talk about things like ‘liking ourselves,’ about self-esteem, that really helps you make changes and do things for yourself” (38 years old, 2 children).

With respect to this, we have highlighted a subtext that relates to these aspects identified as positive. This stems from the idea that self-love and a healthy self-esteem are fundamental to achieving emotional and mental well-being, which itself functions as an affective reinforcement in helping to maintain motivation and self-discipline. Liking and caring for oneself is also essential to counter feelings of guilt and frustration in the face of failure.

Conclusion

As we signaled at the beginning, our purpose was to reveal the contributions that medical anthropology can make to the focus on collective health. On the one hand, we have done so in relation to the processes of the social determination of health, using theoretical and methodological resources that help to bring macro-social aspects together in the fabric of everyday life, and situated in local contexts with specific characteristics. On the other hand, we have done so in relation to revealing the tensions produced by interventions that require self-discipline and control as mechanisms of self-construction.

In the cases studied, we spoke of the structural and material aspects that inter-weave with the rhythms of everyday life and which appeared, briefly and veiled, in the women’s discourses when they talked about their habits and health. These aspects – which are linked to gender roles and the distribution of work (remunerated or not), such as material conditions and territory – emerged during the interviews.

We gained an enlightening, valuable perspective of a cross-section of reality on the construction of health and well-being. The PEVS connects with this fabric of meanings and outward appearances, establishing and strengthening certain values and viewpoints concerning health, which we identified as healthism (Turrini 2015). We discovered ways in which the program has been received, and noted the tensions provoked by the healthy lifestyle discourse from the perspective of the program’s users. While the program creates an exceptional space in which these women can begin to look after themselves, the moral duty to build and maintain their own health (healthism), and the individual responsibility entailed in this process, produces a three-fold pressure. Being healthy is understood as a moral duty, as a form of liking oneself, and as a duty to others since being healthy as primary condition to care for others. As such, the women experienced guilt and failure when they were unable to achieve or preserve healthy habits.

Concepts such as “cultivating a positive attitude” (which is necessary to face stress or anxiety-provoking situations) are taught. While the informants recognized structural and material aspects (e.g., a lack of time or resources, the cost of food, or the postponement of their own care to help other family members), such elements faded into the background. Emphasis is placed on overcoming adverse situations.

The attainment of what appears to be the only possible destiny, in spite of living conditions, is what feeds the intent to embody (via self-discipline) eating and exercise habits. Such an objective is destined to fail when neither the surroundings nor material or structural conditions are synergic with such an outcome. The individual is left with guilt for being unable to meet his/her goals on a personal level, while feeling and being healthy is an impossible challenge in unhealthy material and structural contexts (Breilh 2013).

Therefore, these policies and programs are contextually of little to no use. They not only gloss over the importance of the material conditions needed for the population’s well-being, but their omission is built on the basis of the population’s responsibility regarding the impossibility of achieving abstract goals set by a distant, centralized, and disconnected authority. This concurs with other analyses of public policy with the same focus, realized in other contexts. In her study on health promotion policy in Japan, Borovoy (2016) found that while people are “protected” from consuming unhealthy foods, policies do not consider other highly significant causes of health problems in Japan, such as demanding expectations in the workplace. In addition, the healthy lifestyle discourse imposed by the state generates high levels of pressure and reinforces certain stigmas around people who are overweight. Warin et al. (2016) examined the tensions between the discourse imposed by a health promotion policy that recommended eating a healthy breakfast and the notions and practices of the population to which it was directed. They showed that a policy that does not consider the context in which it seeks to be applied runs the risk of re-stigmatizing the people it aims to help, when “individual understandings and embodied experiences of poverty and pleasure become misconstrued as ignorance or self-indulgence” (2016, 7).

Individual responsibility and self-control, as expressed by the informants, is part of the neoliberal subjectivization process (Gago 2014; Laval and Dardot 2013), as well as the widely distributed healthist discourse. As Yates-Doerr (2012) states, the idea of the self-imagined in these guidelines aligns conveniently with techniques of neoliberal governance where the rights that one is entitled to through citizenship claims are transferred onto “responsible” and “rational” individuals who must make calculations and choices serving their own self-interest. Based on Álvarez’s claim (2012), we cannot continue to create programs without an explicit theoretical reference around the connection between individual decisions and social structures.

For this reason, we suggest that public policy be transformed, leaving aside perspectives focused on individual behavior, which assume that individual changes result from rational and personal decisions. New policies should reflect a perspective that explores the material, social and cultural conditions that favor the adoption of behaviors (Álvarez 2012), for which collective health and CMA offer specific tools for analysis. In this way, we can contribute considerably to the study of the origin and social distribution of health and illness.

Notes

1. Since our study, the PEVS has undergone modification. For example, children can now be enrolled at 6 months of age. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018_2_59471.pdf.
2. Social medicine is a widely field of research, teaching, and clinical practice in Latin America, which is little known in the English-speaking. It differs from public health in many ways: its definitions of populations and social institutions, its dialectic vision of “health–illness,” and its stance on causal inference (Waitzkin et al. 2001).
3. Rudolf Virchow was a precursor of social medicine in Europe during the nineteenth century.
4. The study FONIS Project N° SA13I20287 “Healthy lifestyles discourse perception and its impact on the behavior of population attached to the Healthy Life Program in the Pedro Aguirre Cerda district”.

5. According to the Chilean Ministry of Social Development and Family, income poverty includes households whose average monthly income per individual is below the poverty line, or the minimum established income to satisfy basic alimentary and non-alimentary needs during that period, according to the number of people in the household (MDSF 2016b).
6. According to the Chilean Ministry of Social Development and Family, multidimensional poverty includes households that fail to meet basic levels of adequacy across a set of five conditions of well-being, including: (1) education, (2) health, (3) work and social security, (4) housing and the environment, and (5) networks and social cohesion (MDSF 2016b).
7. According to the Chilean Ministry of Social Development and Family, an overcrowded household is defined as one in which the number of people in the household per single bedroom is greater or equal to 2.5. Access to basic services refers to the quality (and origin) of the water and hygienic services used in the household (MDSF 2016b).

Acknowledgments

We would like to thank the women who participated in this research, the members of the research team, especially Adriana Hevia Larenas, Patricia Zamora Valdés and Cristian Muñoz Campos, and Alice Haynes, for her translation work.

Funding

This research was funded by the Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) at the National Agency for Research and Development (ANID former Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica - CONICYT) FONIS Project N° SA13I20287, and the Program for Stimulus to the Institutional Excellence (PEEI) of the Faculty of the Social Sciences of the University of Chile FPCI 2019, Grant number [24-0219].

Notes on contributors

María Sol Anigstein is an assistant professor at the University of Chile's Department of Anthropology and Public Health School. Her interests include medical anthropology, food culture, and collective health. <https://orcid.org/0000-0002-4023-2389>.

Marcela Ferrer-Lues is an associate professor at the University of Chile's Department of Sociology. Her interests include sociology of health, public health and bioethics, population, development and human rights, and research ethics. <https://orcid.org/0000-0001-8211-1457>.

Loreto Watkins is a social anthropologist with the University of Chile. She is dedicated to medical anthropology research, health and gender studies, and citizen participation projects. She currently works as a research assistant. <https://orcid.org/0000-0000-9343-1552>.

María Consuelo Robledo is a social anthropologist with the University of Chile. She is interested in medical anthropology, gender and sexuality, queer studies, and urban studies. She currently works as a research assistant. <https://orcid.org/0000-0001-6285-2098>.

Milenka Bosnich holds a bachelor's degree in sociology from the University of Chile. She is interested in the sociology of health, mental health, and gender studies. She currently works as a research assistant. <https://orcid.org/0000-0002-1547-049X>.

References

- Álvarez, L. S. 2012 Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto [Lifestyles: From the individual to the context]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 30(1):95–101.
- Anigstein, M. S. 2020 Trabajo femenino y doble presencia como condicionante de las estrategias alimentarias familiares y los estilos de vida en hogares de Santiago de Chile. [Working women and double presence as a determinant of family alimentary strategies and lifestyles in households in Santiago, Chile]. *Cadernos de Saúde Pública* 36(9):1–11.
- Arias-Valencia, S. 2017 Epidemiología, equidad en salud y justicia social [Epidemiology, Equity in Health and Social Justice]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 35(2):186–96.
- Biblioteca del Congreso Nacional 2020 Pedro Aguirre Cerda, Reportes Estadísticos 2020 [Pedro Aguirre Cerda, Statistical Report 2020]. <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/repordf.html?anno=2020&idcom=13121>.
- Borovoy, A. 2016 Japan's public health paradigm: Governmentality and the containment of harmful behavior. *Medical Anthropology* 36(1):32–46. doi:10.1080/01459740.2016.1148033.

- Breilh, J. 2010 La epidemiología crítica: Una forma de mirar la salud en el espacio urbano [Critical epidemiology: A way of looking at health in the urban space]. *Salud Colectiva* 6(1):83–101. doi:[10.18294/sc.2010.359](https://doi.org/10.18294/sc.2010.359).
- Breilh, J. 2013 La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) [The social determination of health as a tool for transformation towards a new public health (collective health)]. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31(supl 1):13–27.
- Crawford, R. 1980 Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10(3):365–88. doi:[10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY](https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY).
- Csordas, T. J. 1990 Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* 5–47. doi: [10.1525/eth.1990.18.1.02a00010](https://doi.org/10.1525/eth.1990.18.1.02a00010).
- Daigre, M. L., M. Ferrer-Lues, and E. H. Pepper 2016 Informe final y evaluación del programa Vida Sana: Intervenciones en factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en niños, adolescentes, adultos y mujeres post-parto [Final evaluation report of the Vida Sana Program: Interventions in risk factors for non-communicable diseases in children, adolescents, adults and postpartum women]. Santiago de Chile: Ministry of Health. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Das, V., and R. Das 2006 Urban health and pharmaceutical consumption in Delhi, India. *Journal of Biosocial Science* 69–82. doi: [10.1017/S002193200500091X](https://doi.org/10.1017/S002193200500091X).
- Dumont, G., and R. Clua García 2015 Acercamiento socio-antropológico al concepto estilo de vida [Toward a socio-anthropological perspective on the concept of lifestyle]. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales* 66:83–99.
- Ferrer-Lues, M. 2015 ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis crítico del concepto de salud en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile (1990-2010) [Health as an individual responsibility? Critical analysis of the concept of health in the political rationality of government agreements in Chile (1990-2010)]. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Gago, V. 2014 La razón neoliberal: Economías barrocas y pragmática popular [Neoliberal Reason: Baroque Economies and Popular Pragmatics]. Argentina: Tinta Limón.
- Han, C. 2012 *Life in Debt: Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild, A., and A. Machung 2012 *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. New York: Penguin.
- Illich, I. 1975 *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. [Medical Nemesis. The Expropriation of Health]. Barcelona: Barral Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2016. Encuesta nacional sobre uso del tiempo. Síntesis de resultados [National survey regarding use of time. Synthesis of results]. (D. de E. I. N. de Estadísticas. [ed.]). Chile. https://historico-amu.ine.cl/enut/files/principales_resultados/sintesis_resultados_ENUT.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2017. Resultados Censo 2017. Por país, regiones y comunas [Census 2017 results. By country, regions and communes]. <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13>
- Iriart, C., H. Waitzkin, J. Breilh, A. Estrada, and E. E. Merhy 2002 *Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos* [Latin American social medicine: Contributions and challenges]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 12(2):128–136
- Lagarde, M. 1990. Identidad femenina [Feminine identity]. CIDHAL (Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C. - México). <http://www.laneta.apc.org/cidhal/letura/identidad/texto3.htm>
- Lagarde, M. 2004 Mujeres cuidadoras: Entre la obligación y la satisfacción [Female caregivers: Between obligation and satisfaction]. In *Congreso Internacional Sare 2003: “Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado.”* [International Congress Sare 2003: “Costs and Benefits of Care”] A. Rincón, ed., Pp. 155–60. Emakunde, Spain: Instituto Vasco de la Mujer y Fondo Social Europeo.
- Laurell, A. C. 1986 El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina [The social study of health-sickness process in Latin America]. *Cuadernos Médicos Sociales* 37:1–10.
- Laval, C., and P. Dardot 2013 *La nueva razón del mundo* [The New Reason of the World]. Barcelona: Gedisa.
- Menéndez, E. 2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* [Of Subjects, Knowns and Structures]. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) 2016b Estimaciones de la pobreza por ingresos y multidimensional en comunas con representatividad [Representative estimates of poverty rate by income and multidimensional by communes]. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2015/estimacion_pobreza_ingreso_multidimensional_comunal.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) 2018 Evaluación ex ante de programa Elige Vida Sana, proceso de formulación presupuestaria 2019. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018_2_59471.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) 2016a Resultados Situación de la Pobreza en Chile Casen 2015 [Poverty situation in Chile results of the casen 2015]. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2015/CASEN_2015_Situacion_Pobreza.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) 2017 Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados [National Health Survey 2016-2017. First Results]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.

- Morales-Borrero, C. E., J. Eslava-Castañeda Borde, and S. Concha-Sánchez 2013 ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicancias praxiológicas [Social determination or social determinants? Conceptual differences and praxiological implications]. *Revista Salud Pública* 15:797–808.
- Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda. 2019. La Comuna. www.pedroaguirrecerda.cl.
- Sano, Elige Vivir. 2018. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL): Programa Vida Sana [Ministry of Health: Vida Sana Program]. <http://eligevivirsano.gob.cl/programas/minsal-programa-elige-vida-sana/>
- Soto Lagos, R. A. 2016 Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludable: Análisis del discurso del sistema Elige Vivir Sano en Chile [Sedentary lifestyle, sport and the biopolitical pressure to live healthy: Analysis of the discourse of the choose a healthy life system in Chile]. *Movimiento* 22(2):291–402.
- Strauss, A., and J. Corbin 2002 Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Bases of qualitative research: Techniques and procedures for the development of grounded theory]. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Tippens, K. M., E. Obreg, and R. Bradley 2012 A dialogue between naturopathy and critical medical anthropology: Toward a broadened conception of holistic health. *Medical Anthropology Quarterly* 26(2):257–70. doi:10.1111/j.1548-1387.2012.01204.x.
- Turrini, M. 2015 A genealogy of “healthism”: Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. *Eä Journal* 7(1):11–27.
- Valles, M. 2003 Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis sociológica. [Qualitative Techniques in Social Research: Methodological Reflection and Professional Practice. Sociological Synthesis]. Madrid, Spain: Editorial Síntesis.
- Waitzkin, H., C. Iriart, A. Estrada, and S. Lamadrid 2001 Social medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet* 358(9278):315–23. doi:10.1016/S0140-6736(01)05488-5.
- Warin, M., T. Zivkovic, V. Moore, and P. Ward 2016 Moral fiber: Breakfast as a symbol of “a good start” in an Australian obesity intervention. *Medical Anthropology* 36(3):217–30. doi:10.1080/01459740.2016.1209752.
- Yates-Doerr, E. 2012 The weight of the self: Care and compassion in guatemalan dietary choices. *Medical Anthropology Quarterly* 21(1):136–58. doi:10.1111/j.1548-1387.2011.01169.x.

El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida^{1 2}

Didier Fassin

Université Paris 13
Francia
Princeton University
Estados Unidos
dfassin@ehess.fr

Traducción de Violetta Cesanelli
en colaboración con Tomás Kierszenowicz y Susana Margulies.
Universidad de Buenos Aires
Argentina

RESUMEN³

En este capítulo, extracto del libro *"Antropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux"*, Didier Fassin muestra las líneas de fuerza de lo que llama "el territorio de la Antropología de la salud". Propone exceder teóricamente y empíricamente el campo de la antropología médica clásica, reflexionando sobre algunos interrogantes atinentes a cuestiones políticas y morales, para el desarrollo de una "antropología de las políticas de la vida". A partir de varios ejemplos, particularmente el análisis del doble mecanismo de producción y de construcción social del saturnismo infantil en Francia muestra de qué manera esta perspectiva permite abordar de manera crítica las nuevas formas de legitimidad sanitaria o humanitarias que parecen imponerse en detrimento de otras en los espacios locales de la salud pública, como en las escenas mundiales de la acción humanitaria, en donde las economías moral, economía y política se contrabalancean en las decisiones con respecto a las vidas humanas.

PALABRAS CLAVE

Antropología de la Salud, Ilegitimidad, Razón Humanitaria, Cuerpo, Salud Pública

1 Publicado en Francine Saillant y Serge Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Capítulo 14, pp. 383-399. Québec: Les Presses de l'Université Laval; París: Anthropos, 2005, pp. 467 .<http://dx.doi.org/doi:10.1522/030155483>

2 Disponible en "Les classiques des sciences sociales", biblioteca digital fundada y dirigida por Jean- Marie Tremblay, profesor de sociología en Cégep de Chicoutimi. Sitio web: <http://classiques.uqac.ca/> En colaboración con la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de la Université du Québec à Chicoutimi. Sitio web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

3 Nota de la editora: el artículo original no contaba con Resumen y Palabras clave



The Meaning of Health: Anthropology of Life Policies

ABSTRACT

In this chapter, excerpt from the book "Antropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux", Didier Fassin shows the lines of force of what he calls "the territory of the Anthropology of health". It proposes to theoretically and empirically exceed the field of classical medical anthropology, reflecting on some questions concerning political and moral questions, for the development of an "anthropology of the politics of life". From several examples, in particular the analysis of the dual mechanism of production and social construction of child lead poisoning in France shows how this perspective allows a critical approach to the new forms of health or humanitarian legitimacy that seem to prevail in detriment of others in local areas of public health, as in the global scenes of humanitarian action, where moral, economic and political economies counter-balance decisions with respect to human lives.

KEYWORDS

Anthropology of Health, Illegitimacy, Humanitarian Reason, Body, Public Health

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Fassin, D. (2021) El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida. Revista de la Escuela de Antropología, XXIX, pp. 1-23. Traducción de Violetta Cesanelli en colaboración con Tomás Kierszenowicz y Susana Margulies. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.149

Introducción

La Antropología Médica constituye un espacio académico y científico que se caracterizó, a lo largo de las últimas décadas, por un doble movimiento. Por un lado, de diferenciación/especialización en múltiples campos particulares desde la etnomedicina o la etnofarmacología hasta las antropologías del cuerpo, la enfermedad y el sufrimiento. Por otro lado, de apropiación y de reformulación de las grandes cuestiones de la Antropología, rompiendo con la propensión inicial a la construcción de una especialidad supuestamente autónoma y con frecuencia medicalizada. De esta forma, el panorama resultante, en especial en Francia, aparece a la vez particularmente diversificado en virtud de sus objetos y sus campos y, al mismo tiempo, cada



vez menos diferenciado en el marco de la disciplina antropológica. El territorio que será descripto aquí será el de la Antropología de la salud. Si bien las problemáticas a partir de las cuales fue construida abordan dimensiones inéditas respecto de aquello que continúa denominándose por comodidad Antropología Médica, al mismo tiempo encuentra o renueva aquellos interrogantes que de manera general formulan los antropólogos que tratan las cuestiones políticas y morales. Más que un estado de la cuestión de este campo disciplinar naciente, nos esforzaremos en mostrar las líneas de fuerza apoyándonos en los desarrollos franceses y estableciendo conexiones con otros lugares. Entenderemos, de esta manera, que, más allá de la salud, la Antropología Médica participa de una antropología de las políticas de la vida.

La salud, entre realismo y constructivismo

La representación más común de la salud hace de ésta un simple hecho de la naturaleza, cuyos límites han sido conceptualizados por Georges Canguilhem (1966). Su inscripción en el cuerpo, que la visibiliza a través de la enfermedad o, de manera más discutible, a través del bienestar, da por sentado como su *substratum* material a los órganos o los genes. Esta evidencia se refuerza por el desarrollo de profesiones e instituciones que, a través del doble juego de la producción de saberes y la legitimación del poder, disponen de una fuerte autoridad con respecto a la definición de sus límites. Si se afirma que la tuberculosis, el sida o la encefalopatía espongiforme bovina son problemas de salud, se ven bacterias, virus y priones que se transmiten, infecciones que se desarrollan y enfermos que sufren. Si se habla en los mismos términos del consumo de drogas o de alcohol, del maltrato infantil o de los desórdenes postraumáticos, nadie cuestiona los efectos físicos o psíquicos deletéreos de la dependencia o de la violencia. La visión de la salud que se impone normalmente a los responsables sanitarios, a los pacientes y a los decisores políticos así como también a los ciudadanos, es fundamentalmente una visión naturalista – aún más que biomédica, como frecuentemente se piensa– que las estadísticas de morbilidad y mortalidad vienen, finalmente, a



objetivar (Dozon y Fassin 2001). El número de personas enfermas o fallecidas certifica la verdad del problema de salud en contra del cual los poderes públicos y frecuentemente la sociedad entera deben combatir.

Pero las cosas, ¿son tan simples? En contra de la evidencia común, la Antropología Política propone un doble patrón de lectura. La primera es constructivista; muestra cómo lo que llamamos salud es el resultado del trabajo tanto individual como colectivo de los agentes a través de modelos e imágenes, a costa de conflictos y controversias, movilizand o alianzas y desarrollando estrategias. La segunda es realista; analiza cómo los hechos supuestamente naturales son también el producto de estructuras y de disposiciones, de modos de diferenciación y de procesos de desigualdad, de la acción pública y de las iniciativas privadas, que tienen por efecto la prevención o la aceleración del desgaste o del sufrimiento. La salud es, entonces, a la vez una construcción social, en el sentido que los agentes le otorgan al traducirla en el lenguaje de la enfermedad, y una producción de la sociedad, tomando aquello que el orden del mundo inscribe en los cuerpos. Entonces podemos, por un lado, hablar de la sanitización de lo social y, por otro lado, de la politización de la salud (Fassin 1998). Los dos movimientos operan de manera dialéctica. Este punto es esencial. En efecto, la literatura de las ciencias sociales de la salud ha adoptado frecuentemente, de manera exclusiva o predominante, una u otra de ambas perspectivas: como Peter Berger y Thomas Luckman (1966) cuando describen cómo se construyen los objetos de la salud como el maltrato infantil o el traumatismo psíquico (Hacking 1955, 1999) o, en la línea de Merrill Singer y Hans Baer (1995) enfocando en las condiciones socioeconómicas de la producción de la enfermedad para resaltar las disparidades y las violencias que se manifiestan en los cuerpos (Farmer 1992, 1999). En el presente abordaje, los dos procesos se mezclan y las dos lecturas se informan entre sí.

Tomamos el caso del saturnismo infantil en Francia. Y empezamos con el hecho siguiente. En 1981, un estudio de casos de intoxicación



por plomo en niños franceses, relevó 10 casos publicados en los 25 años previos. Los autores, pediatras y toxicólogos de Lyon, constataron que Francia no había sido tan afectada como los Estados Unidos en donde esta afección había tenido una incidencia preocupante. En 1999, sobre la base de distintas investigaciones epidemiológicas, un informe del Instituto Nacional de Salud y de Investigación médica (INSERM) indicó la existencia de una población de 85.000 niños intoxicados y los especialistas manifestaron su preocupación de que Francia alcanzara una situación aún más grave que la de los Estados Unidos. En menos de dos décadas se pasa así de casos excepcionales a una epidemia de la cual la prensa se hace eco y que lleva a la votación de una ley. ¿Tenemos acaso que pensar que en tan poco tiempo el plomo se diseminó en el cuerpo de los niños, al punto de convertir a esta patología, antes considerada singular, en una nueva prioridad de salud pública? Han de considerarse dos elementos: la movilización de los agentes para hacer reconocer el problema y la modificación de los rasgos clínicos de la enfermedad. La epidemia de saturnismo es, entonces, la consecuencia de la intervención de individuos y de la transformación de indicadores, es decir, es un caso de humanos y no-humanos (Latour, 1991), aunque siempre son mujeres y hombres quienes actúan e interactúan.

En el primer frente abierto, en París, una joven pediatra identifica un caso de saturnismo en una niña de origen malí y lo informa al servicio social, procedimiento poco habitual en aquella época. Impactada por ese caso, una trabajadora social decide, hecho excepcional en el habitus hospitalario, concurrir al domicilio de la familia para constatar las condiciones del hábitat y vuelve tan *shockeada* por la degradación del lugar que contacta, a su vez, a las instituciones de protección materno-infantil. Una médica de este servicio, en colaboración con un toxicólogo y luego dos médicos generalistas amigos que trabajaban en dos organizaciones no gubernamentales, una humanitaria y la otra de salud para inmigrantes y, casi al mismo tiempo, un especialista en salud pública de un departamento universitario –y algunos más– hicieron de este caso, cada uno a su manera, una causa



que defender. La expresión no es demasiado fuerte, ya que las resistencias fueron grandes: para algunos porque el saturnismo les parecía un fenómeno marginal y para otros porque entreveían las consecuencias prácticas en términos de relocalización y rehabilitación del hábitat. Se necesitaron cinco años para que el problema fuera reconocido y que una investigación nacional fuera activada, y ocho más para que la legislación se modificara a fin de permitir el diagnóstico y el seguimiento de los niños y, sobre todo, para hacer obligatorias las intervenciones preventivas en los edificios.

En el segundo frente, que tomó dimensión internacional, la dosis de plomo a partir de la cual se considera que existe intoxicación pasó, en pocos años, de 250 ug/l a 100 ug/l. Si, con el primer indicador, la movilización de los agentes había conducido a descubrir unas centenas de casos de intoxicación, con el segundo, se pasó a admitir la existencia de decenas de miles de niños afectados. En la modificación del nivel de plomo considerado tóxico intervino el trabajo de dos equipos de epidemiología, uno de América del Norte y el otro de Australia, que en los años 80 pusieron en evidencia los efectos tóxicos sobre las capacidades de aprendizaje y los desempeños escolares a partir de niveles cada vez más bajos de plomo. Esta demostración no fue sencilla debido a la multiplicidad de factores no biológicos que interfieren con las competencias cognitivas de los sectores más desfavorecidos, africanos en Francia o hispano-americanos en Estados Unidos. Fue necesario atravesar complejas investigaciones mediante análisis multivariados y controversias científicas que dividieron a los ámbitos académicos para que los Centers for Disease Control de Atlanta, considerados la referencia en salud, incluso en la salud pública europea, admitiera el nuevo nivel de plomo.

Decir que hubo construcción social del saturnismo infantil no es entonces poner en cuestión su realidad clínica o epidemiológica. Es recordar dos cosas. En primer lugar, que sin la intervención de los agentes esta realidad hubiera permanecido, como lo fue hasta



los años 80, como una afección considerada excepcional o rara o como una patología oculta en el cuerpo de los niños inmigrantes de origen africano. En segundo lugar, que esta enfermedad pasó a ser descripta como epidemia, distinta de los casos singulares señalados en los estudios clínicos. En general, los casos singulares presentaban manifestaciones neurológicas graves acompañadas de coma y de convulsiones asociadas a niveles de plomos muy elevados. En su manifestación epidemiológica no tenía por lo general una expresión clínica detectable y se traducía esencialmente en términos de riesgo estadístico de disminución del índice de coeficiente intelectual. Las dos cuestiones son eminentemente políticas: por un lado, se enfatiza en el rol de los agentes sociales para hacer reconocer un problema de salud; por otro lado, se resalta la importancia de los instrumentos técnicos en la aprehensión de fenómenos sanitarios. Pero, en este nivel queda pendiente la respuesta a un interrogante: ¿de dónde proviene la intoxicación por plomo? O ¿cómo explicarla? Interrogante aún más claro toda vez que el 99% de los niños afectados por el saturnismo en Francia vivían en familias de origen africano. Analizar la producción social del saturnismo es también dar cuenta de este porcentaje.

A comienzos de los años 70, el gobierno francés anunció su voluntad de acabar con la inmigración de trabajadores. Hasta esta época, la regulación de los flujos migratorios se había efectuado esencialmente en relación con las necesidades de la economía y la posesión de un contrato con un empleador era requisito suficiente para la obtención de un permiso de estadía. La crisis del petróleo y las reestructuraciones de la industria revolucionaron el mercado del trabajo. Los inmigrantes, sobre todo aquellos menos calificados, se tornaron menos necesarios, salvo en algunos sectores como los trabajos públicos, la agricultura, los servicios gastronómicos. De todos modos, esta nueva política dejó abierta la inmigración denominada de poblamiento, que permitía el reagrupamiento familiar autorizando a cónyuges e hijos a reunirse con la persona ya instalada en el país. A mediados de los años 80, este procedimiento sufrió importantes restricciones lo mismo



que la mayoría de las vías legales de entrada al territorio francés. Al mismo tiempo, se restringió la renovación de los certificados de estadía de las personas desempleadas, los trabajadores de algunos sectores protegidos y de los estudiantes que reprobaban sus exámenes. A partir de este momento, por el doble efecto de las llegadas ilegales y las renovaciones interrumpidas, el número de extranjeros en situación irregular aumentó. Entre ellos, los africanos, originarios sobre todo de África occidental, fueron los más numerosos o los menos invisibilizados.

Durante el mismo período, las mismas causas económicas condujeron a un crecimiento de la demanda de empleo y, más generalmente, a una disminución de la movilidad social y espacial de la totalidad de la población residente en Francia. En un contexto de relativa penuria de alojamiento, las áreas de alquiler de costo moderado devinieron menos accesibles para los extranjeros a causa de la implementación de políticas de cupo no declaradas. A partir de este momento, los inmigrantes recién llegados debieron conformarse con departamentos privados, los más desvalorizados del mercado, los más vetustos e insalubres. Los inmigrantes en situación irregular no podían sino aceptar estas condiciones. Es precisamente en estos hábitats donde se encuentran aún hoy las viejas pinturas con plomo prohibidas desde 1948. Es en estos hábitats donde se intoxican los niños de origen africano.

La historia de las políticas francesas de inmigración y de hábitat, tal como la acabamos de enunciar brevemente, ofrece una interpretación consistente de las razones de la elevada incidencia de saturnismo en los niños que viven en familias inmigrantes pobres. Revela cómo la contaminación del ambiente local es el producto de desigualdades sociales que afectan en particular a los extranjeros, los más precarios económica y jurídicamente. Sin embargo, esta explicación no fue tomada en cuenta en los años 80 en Francia. Para dar cuenta de la intoxicación preferencial en los hogares africanos se supuso la existencia de prácticas culturales singulares de estas familias. Después de haber asignado la



responsabilidad a la tinta utilizada por los *marabouts* musulmanes y a los productos de maquillaje de las mujeres, finalmente se optó por una interpretación que, al mismo tiempo que reconocía el rol de la pintura, señalaba como causante directa a la supuesta ingesta de materia mineral, la geofagia, que las madres del oeste africano habrían transmitido a sus hijos. En contraposición a esta lectura culturalista, los activistas del saturnismo tuvieron que movilizarse para hacer valer sus análisis materialistas que se impusieron progresivamente sólo a partir de los años 90. En fin, la construcción social del saturnismo (por los agentes, que al cabo de sus luchas lo hacen existir no sólo como realidad sino también como etiología) y su producción por parte de la sociedad (como resultante de mecanismos económicos y elecciones políticas) tienen que ser pensadas en conjunto.

Si la intoxicación por plomo es un buen ejemplo, obviamente no es el único. Podríamos, a propósito del delirio del hambre en Brasil (Scheper-Hughes, 1992), del estrés postraumático en Estados Unidos (Young, 1995) o de la psicopatología africana (McCulloch, 1995), demostrar este doble mecanismo de construcción y de producción, de modelos cognitivos y de lógicas políticas que la sociedad tiende, sin embargo, a borrar, haciendo de categorías nosográficas un simple reflejo de la naturaleza de las cosas y eludiendo los procesos sociales que se inscriben en los cuerpos. Pero más allá de esta lectura constructivista y realista de los fenómenos de la salud, cuyo eco puede hallarse en muchos trabajos de la antropología médica crítica, la epidemia del saturnismo puede enseñarnos algo más sobre los fundamentos antropológicos de las sociedades contemporáneas.

Cuando la asistente social descubre a las familias africanas viviendo en tugurios del centro de París, el saturnismo le parece secundario en comparación con el estado de deterioro de las viviendas cuyos pisos se hundían y sus escaleras tambaleaban. Sin embargo, es obrando en contra de la enfermedad y reivindicando la salud de los niños enfermos, que ella y algunos otros pueden



llegar a imponer a los funcionarios municipales parisinos la necesidad de una respuesta a estas familias. Cuando, un tiempo después, una integrante de una gran organización humanitaria que en el ínterin había asumido el rol de funcionaria encargada de poblaciones desfavorecidas en el Ministerio de Salud, decide trabajar para la presentación de un texto legislativo, pone como ícono patético de su reclamo a los niños víctimas de la intoxicación por plomo. Además, los dos ministros a quienes esta funcionaria logra convencer sobre la importancia de su causa son dos antiguos fundadores de Médicos Sin Fronteras que ya adherían a la misma. Dicho de otra manera, la reacción política local y nacional que la indignidad de las condiciones del hábitat de los extranjeros no había podido suscitar, se pudo obtener merced a la invocación del deterioro de los cuerpos. La legitimidad de la enfermedad ganó sobre la ilegitimidad de la población. El recurso moral que busca en la vida física lo que la existencia social no alcanza a justificar, a saber, la relocalización de familias inmigrantes, opera hoy en muchos registros de la acción pública.

Economía moral y razón humanitaria

En un texto citado con frecuencia, Michel Foucault (1976) ha propuesto una teoría del biopoder que va a permitir clarificar el asunto. Durante siglos, escribe, la política se organizó alrededor del poder soberano, que es un "derecho de muerte" sobre los sujetos. A partir del siglo XVII, a través de una progresiva intervención de los principios y valores del gobierno, la gestión de los vivientes devino en objeto central de la política, bajo la forma de un "poder sobre la vida". Ese biopoder incluye la disciplina de los cuerpos, tal como se ejecuta a través de una serie de instituciones, desde la escuela hasta el ejército y la prisión pasando por el hospital, y al mismo tiempo al control de poblaciones, tal como se manifiesta en la invención de herramientas como la demografía, la sociología, la psicología, y en la regulación de los nacimientos, de las enfermedades, de los flujos migratorios. En un primer análisis, la salud pública parece entonces inscribirse perfectamente en este cuadro ya que, por un lado, pretende imponer normas individuales de conductas sanas



y, por otro lado, organiza el conocimiento epidemiológico y la administración sanitaria de colectividades humanas. El ejemplo del saturnismo invita sin embargo a otra lectura.

Ciertamente se trató de intervenir sobre cuerpos y poblaciones para relevar y prevenir los casos de intoxicación por plomo en niños. Pero veinte años después, aunque se dispone de todos los elementos de descripción, análisis y medición, aunque las asociaciones se han movilizadas y una ley fue votada, menos del 1% de las familias que se estima están contaminadas fue beneficiado mediante relocalización o re-habilitación de su hábitat. Por tanto, un biopoder frágil si consideramos los intereses económicos asociados al costo de estas medidas y los intereses políticos en relación con el aumento de la xenofobia. Sin embargo, pudo establecerse un consenso alrededor de las víctimas del saturnismo suficientemente amplio como para que dos ministros, pertenecientes a dos mayorías parlamentarias opuestas y que se sucedieron en el gobierno, defendieran, primero uno y luego el otro, la legislación al respecto. Más que hablar de poder sobre la vida, que supondría una acción pública eficaz, ha de hablarse del poder de la vida, entendiendo mediante esta expresión, el reconocimiento que la sociedad otorga a la cuestión del cuerpo que sufre o al enfermo. Entonces, se trata más de una biolegitimidad que de un biopoder (Fassin, 2000). A través de esta palabra, se trata de enunciar un orden de valores—y no una jerarquía de poderes— que existe en el mundo contemporáneo y cuya traducción concreta se manifiesta en formas innumerables, tanto en los espacios locales de salud pública como en las escenas mundiales de la acción humanitaria. Dos filósofos pueden ayudar a reconstruir su genealogía y a percibir su significado. De un lado, Hannah Arendt (1967) la hace nacer en el movimiento iluminista, en la revolución francesa que hizo de la vida “el bien supremo” y de la “piedad” el primer recurso de la acción; según ella, se impone entonces una verdad del cuerpo que emerge de la necesidad más que de la libertad y la dignidad, y que anuncia la supremacía de los derechos humanos por sobre los derechos ciudadanos. Por otro lado, Giorgio Agamben (1997) distingue, a partir de una relectura



de Aristóteles, los dos sentidos que recubren las palabras griegas que definen la vida, *zoe*, la vida desnuda, la existencia física "simple hecho de vivir", y *bios*, la vida cualificada, la existencia política, "manera de vivir propia de un grupo". Esta tensión entre las dos formas de vida y particularmente la manera en que la vida biológica sirve permanentemente para justificar, o, más allá de esto, fundamentar la vida en sociedad, es lo que caracteriza para él, las políticas contemporáneas.

El ejemplo de la gestión de la inmigración ilumina esta discusión teórica. Luego de las grandes mutaciones económicas y sociales que condujeron, a partir de los años 70, a políticas cada vez más restrictivas en términos de entradas y de estadías de extranjeros, el conjunto de las vías de acceso legal al territorio francés se fue cerrando progresivamente. En el mismo momento, ocurrió una movilización de partidos, primero del Partido Comunista, y luego del Frente Nacional, alrededor de lo que devino "la cuestión inmigrante", en otras palabras, una manera específica de construir la presencia extranjera como problemática en relación con el empleo, la inseguridad y el sida. Esta doble evolución, política e ideológica, generó representaciones de sospecha sobre el otro y justificó prácticas cada vez más inhospitalarias. Con la edificación del espacio Schengen durante los años 90, la suspicacia y la inhospitalidad se extendieron a la Unión Europea en detrimento de "los extra comunitarios", es decir, esencialmente las personas provenientes de países del tercer mundo. En este contexto, se produjeron dos fenómenos notables.

Primer fenómeno: El asilo político perdió legitimidad. Mientras que a comienzos de los años 80 el asilo político todavía era un valor simbólico que se traducía en un elevado nivel de opiniones favorables sobre las personas demandantes (alrededor del 80% era reconocido como refugiado), durante la década siguiente ocurrió un proceso de descalificación creciente (con una proporción de reconocimiento de demandas por la Oficina francesa de protección de refugiados y apátridas de apenas el 12%, cifra que se eleva al



18% luego de la intervención de la Comisión que atiende los recursos de apelación). En diez años, el número de refugiados políticos se redujo seis veces, llegando al número sorprendentemente pequeño de 2.000 nuevos reconocimientos por año (sin contar los niños que, cuando llegan a la mayoría de edad, son beneficiarios del mismo status que sus padres). Paralelamente, una serie de medidas dirigidas a eventuales futuros candidatos con propósito disuasivo, tuvo como efecto una mayor precarización y debilitamiento de las condiciones de los refugiados: en 1989, el retiro de los subsidios para alojamiento reorientó a los migrantes hacia dispositivos de acogida de emergencia y, en 1991, la prohibición de trabajar los convirtió en dependientes de la caridad pública. Lejos de las generosas declaraciones que rodearon la firma de la convención de Ginebra en 1951, Francia y Europa consideran a los demandantes de asilo cada vez más como extranjeros indeseables, que, en su mayoría, son destinados a convertirse en clandestinos dadas las bajas tasas de aceptación.

Segundo fenómeno: La razón humanitaria se impuso como un nuevo derecho. Esto concierne en especial a los extranjeros enfermos, quienes deben demostrar que su afección es lo suficientemente grave y que ellos no pueden ser atendidos de manera adecuada en su propio país (dos criterios cuya estimación es eminentemente subjetiva). Este nuevo dispositivo se instaló bajo una doble presión, por un lado, el crecimiento de los extranjeros enfermos de sida en un período en que los antirretrovirales no estaban disponibles en el tercer mundo y, por otro lado, por la movilización conjunta de asociaciones de defensa de los derechos a la salud de los inmigrantes. La institucionalización de este derecho se produjo en tres tiempos. A principios de los años 90, la policía migratoria comenzó a usar de manera cada vez más frecuente su poder discrecional de regularización de extranjeros sin certificado de residencia para incluirlos en los registros de enfermos. Poco tiempo después, una legislación sobre inmigración que tenía como propósito hacer más difícil el acceso al territorio francés incluyó una disposición especial que indicaba que los enfermos no podían ya ser



reconducidos a la frontera, deviniendo así en no “regularizables”, no expulsables. En 1997, una nueva ley dio un paso más al instituir el derecho de estadía y de trabajo para los enfermos después de un control que demostraba que su situación médica respondía a dos criterios: de gravedad de la afección y de inaccesibilidad de tratamiento. Durante esta década, el número de regularizaciones efectuadas en el nombre de lo que en la administración se llamó durante mucho tiempo la “razón humanitaria” se multiplicó por siete, incluyendo a 2.000 personas por año. De todas las vías existentes para la obtención de un status legal, es ésta la que progresó más rápidamente durante un período en el que las otras fuentes de reconocimiento se extinguían.

Pérdida de legitimidad del asilo político, por un lado. Aumento de la legitimidad del cuerpo sufriente, por el otro. Se trata de dos maneras de definir una política de lo viviente. Es posible establecer un paralelismo entre ambos fenómenos, no sólo porque se desarrollan durante el mismo período, sino también porque operan de manera interactiva. Así, algunas personas a quienes se niega el asilo intentan hacer valer una patología, alentados por sus abogados, por las asociaciones o por los mismos agentes bien intencionados de la Prefectura. Se trata por tanto de un verdadero desplazamiento de la legitimidad: de los derechos del ciudadano del mundo (amenazado en su país) a los derechos del ser humano (afectados por la enfermedad), si se piensa en las categorías de Hannah Arendt; de la vida política (bios) a la vida biológica (zoe), expresado en términos de Giorgio Agamben. Hoy, la sociedad francesa es menos propensa a reconocer las vidas en peligro de las víctimas de un régimen autoritario o de violencias de guerras, y es más sensible a la enfermedad o al sufrimiento de las personas que padecen una afección grave. Esta forma de reconocimiento también suele ser la que opera en el plano internacional en relación con la gestión humanitaria de los desplazados y los refugiados (Agier 2002). De manera más anecdótica, pero no menos significativa, sabemos que el estado de salud del general Pinochet fue invocado para evitarle un juicio contra crímenes de lesa humanidad en España



y para justificar la liberación del prefecto Papon encarcelado bajo esa misma acusación; en estos dos casos el término "humanitario" fue empleado por los abogados defensores de los criminales.

Hablar de economía moral para tratar las políticas de lo viviente es, entonces, considerar los valores que sustentan las elecciones de las sociedades contemporáneas a propósito de las cuestiones que ponen en juego la existencia física, pero también social, de los individuos. Ofrece un contrapeso necesario a la economía política cuyo análisis de las relaciones de producción pone en evidencia, a partir de otro ángulo, el sentido de las decisiones tomadas en materia de vidas humanas. Cuando se trata de inmigrantes, la economía política permite entender cómo su fuerza de trabajo, central en el proceso de modernización de la posguerra, devino marginal bajo el efecto de las reestructuraciones económicas de las tres últimas décadas. No obstante, la economía moral posibilita leer esta inversión que se produjo paralelamente cuando los cuerpos válidos devinieron ilegítimos y los cuerpos sufrientes fundamentaron un nuevo reconocimiento, cuando su existencia se justificó ya no por su contribución a la riqueza colectiva sino por la institución de un protocolo de compasión. El enfermo a quien se otorga un permiso de residencia simplemente porque se encuentra enfermo adquiere lo que Adriana Petryna (2002), a partir de su trabajo sobre los sobrevivientes de Chernobyl, llama "ciudadanía biológica" y descubre una forma inédita y radical de aquello que Paul Rabinow (1996) llama "biosocialidad" a propósito del programa del genoma humano. La amenaza que pesa sobre la vida física deviene en la razón política de vivir.

El contraste entre las dos formas de vida no da totalmente cuenta de la complejidad de las lógicas operantes. En efecto, sería mejor hablar aquí de configuraciones y de tensiones, poniendo en juego los valores de los actores, es decir, haciendo lugar a las subjetividades y a las estrategias en la confrontación con las normas y los poderes. Cuando quien demanda asilo es rechazado, redefine su solicitud de residencia invocando una patología o trastornos



psicológicos relacionados con las circunstancias que precedieron a su exilio y ya no como militante perseguido o víctima de un régimen violento sino como un ser sufriente o víctima de un traumatismo psíquico. Se puede razonablemente pensar que esta mutación de la representación de sí frente a los otros y frente a sí mismo no carece de efectos, si no sobre su status de sujeto psicológico (que la antropología no es capaz de captar) sí sobre su status de sujeto político, porque apela a la compasión (por su condición clínica) en lugar de reivindicar un derecho (al asilo político). Sin embargo, las investigaciones muestran que los individuos no son seres pasivos en este proceso, que despliegan tácticas y a veces resistencias, y que –el fin justifica los medios– una vez obtenido el preciado certificado de residencia, reconstruyen una existencia social por fuera de la clandestinidad y a veces también de la precariedad. En otras palabras, si su reconocimiento a través de la vida biológica fue un paso obligatorio en su trayectoria, ésta continúa en el registro de la vida política, simplemente como actores de la ciudad. Muestran así que las vidas concretas escapan en parte a la normalización.

Historia social y desigualdad incorporada

De todos modos, la vida no se reduce a esta distinción entre un fenómeno biológico y una existencia política. Si lo que hace al hombre es el lenguaje y si el lenguaje es también lo que más resiste al desciframiento del sentido (Wittgenstein 1961), entonces la vida es también la memoria que uno tiene y el relato que uno se hace de ésta. Las políticas de la vida, entonces, no son sólo políticas de los vivientes, son también, políticas de lo vivido. Memoria y relato proceden de dos lógicas, evidentemente distintas, que sin embargo tienen en común el hecho de inscribir un sentido sobre lo que se ha vivido al mismo tiempo en los cuerpos y en las palabras. Una y otro son, al mismo tiempo, individuales en la experiencia biográfica singular, y colectivos en la experiencia histórica compartida. Desde este punto de vista, la vida del inmigrante no se manifiesta sólo en las frases que formula para hablar de su itinerario personal,



está también en las huellas que afloran de un pasado en el que se alimentan sus raíces y en los signos de un presente que construye con la sociedad en donde se encuentra.

Calificaremos de incorporación la manera en que las estructuras y las normas de la sociedad, las pruebas y las marcas del tiempo se inscriben en los cuerpos. En el campo de las ciencias sociales, Marcel Mauss (1980), analizando las técnicas del cuerpo, y más recientemente, Pierre Bourdieu (1979), proponiendo su teoría del habitus, proveyeron modelos que permiten dar cuenta de la huella de lo social en las maneras de hacer y de ser. Para pensar esta huella, dos conceptos aclaran de manera complementaria la relación con la sociedad y el tiempo. Se puede hablar, por un lado, de condición social para indicar la manera en que los hechos estructurales se imprimen en los cuerpos y, por otro lado, de experiencia histórica para calificar la manera en que son vividos, interpretados y relatados. La primera corresponde a la dimensión objetiva de la incorporación, la segunda a su dimensión intersubjetiva. Ambas son simultáneamente individuales y colectivas. Sin necesariamente apelar a estas categorías, la antropología médica ha tendido con frecuencia a privilegiar implícitamente una sobre la otra. Para los enfoques críticos, la cuestión de las violencias estructurales prevalece, pero a menudo en detrimento del sentido de los hechos para los agentes (Kim et al. 2000; Scheper-Hughes 2002). Para las lecturas fenomenológicas, el relato traduce la experiencia pero deja escapar la materialidad de las existencias (Kleinman 1988; Good 1994). Es importante pensarlos conjuntamente, en particular en una perspectiva de comprensión de los mecanismos de desigualdades.

La epidemia de sida en Sudáfrica, aunque trágica, es un buen ejemplo de esto. Tal como se construye y se enuncia, la trama narrativa de la epidemia mezcla varias líneas de relatos. La primera es epidemiológica. En una década, la tasa de seroprevalencia pasó de menos de 1 a más del 25% de la población adulta y el sida devino



la primera causa de mortalidad de hombres y mujeres de entre 15 y 49 años. Las proyecciones demográficas son todavía más preocupantes al mostrar que entre 1990 y 2010, la esperanza de vida podría bajar 20 años. La segunda es histórica. Pone en relación dos series de eventos, el fin del régimen *honni* del apartheid y la progresión inexorable del sida, como si la segunda derivara, por lo menos parcialmente, de la primera, como lo sugieren algunos, o como si una y otra participaran de la misma eterna aflicción del continente africano. La tercera es política. Varias controversias se han sucedido durante los últimos años alrededor de la etiología viral del sida y de la toxicidad de los antirretrovirales, dividiendo la alianza de tres partidos que está en el poder, oponiendo al primer gobierno democrático a sus viejos aliados de ayer en la sociedad civil, y haciendo de la epidemia la amenaza más grave para una unidad nacional apenas esbozada. La cuarta es biográfica. Los relatos de vida que relevan los investigadores y los periodistas, los fragmentos de historia que se narran en las asociaciones o durante los funerales, las grabaciones y los recuerdos dejados en las *memory boxes* como únicas herencias para los niños y sus allegados, son muchas formas a través de las cuales las personas se esfuerzan para hacer existir lo que fue, lo que es todavía y lo que pronto ya no será. Pero, ¿cómo dar cuenta de esta trama sin desatar cada uno de estos hilos? Para preservar el espesor y la verdad de la materia narrativa, ha de aprehendérsela como materia que habla de una cierta condición y de una cierta experiencia.

La condición social del sida vincula los relatos epidemiológicos e históricos, alimentando a los otros dos. Para interpretar esta progresión inédita de la infección, hace falta analizarla a la luz de la historia que es también una historia de profunda desigualdad; desigualdad que encuentra su justificación en las diferencias de naturaleza humana para justificar, a su vez, las soluciones más inhumanas. El *apartheid*, que devino la biopolítica oficial de Sudáfrica a partir de 1948, prolongó las políticas de colonización, dominación, explotación y segregación radicalizándolas, con dimensiones raciales y racistas que estuvieron siempre presentes.



La rapidez de la evolución del sida y las disparidades de su distribución resultan de fenómenos complejos en los que se mezclan desigualdades, violencias y migraciones. Cada uno de estos factores es un producto de la herencia del régimen anterior y se exagera paradójicamente en el momento de su desaparición: las desigualdades socioeconómicas y socio-raciales devienen más visibles a partir del cierre de la visión oficial de la sociedad según el color de piel; las violencias ordinarias y sexuales inducidas por un dispositivo de terror y exclusión fueron liberadas o visibilizadas por la desaparición brutal de los dispositivos de coacción extrema; los desplazamientos de poblaciones directamente provocados por las guerras dirigidas por el poder anterior fueron acelerados por la libertad de circulación y la desaparición de sanciones internacionales después de 1994. Los niveles de infección particularmente elevados en hombres y mujeres jóvenes de los *townships*, de las villas miserias y de los viejos *homelands* atestiguan la dinámica de esta incorporación del orden social a través de la expansión del sida. Así, más bien que en especificidades comportamentales o culturales rápidamente calificadas de promiscuas a través de las cuales se quiso dar cuenta de la epidemiología de la infección, ha de buscarse la interpretación de los hechos y, por consecuencia, las pistas para corregir su curso en las maneras en que cada historia individual es marcada por la historia colectiva, cuyas relaciones entre individuos, entre hombres y mujeres, entre ciudadanos y el poder, conservan los rastros de este pasado reciente.

La experiencia histórica del sida establece una correspondencia entre los relatos políticos y biográficos, pero su dureza resulta del choque de las otras dos. En lugar de hablar de la negación de la enfermedad, como se hace a propósito de las elecciones del gobierno así como de las actitudes de la población, habría que analizar cómo esta conjunción entre fin del apartheid y el inicio de la epidemia se presenta para muchos como intolerable e impensable. La proliferación de los relatos que cuestionan las verdades eruditas u oficiales sobre la epidemia surge de esta lógica de incredulidad o de incompreensión. Pero, aquí otra vez, la presencia del pasado no puede ser subestimada, ya que los eventos más dolorosos son



también los más recientes. Si las primeras medidas de segregación racial fueron tomadas en nombre de la salud pública durante la peste de 1900 y después durante la gripe de 1917, si la tuberculosis es, al mismo tiempo, el producto de la explotación de la mano de obra en las minas y la razón evocada para sustituir la fuerza de trabajo, el sida mismo dio lugar a discursos y prácticas discriminatorias y estigmatizantes hacia las poblaciones negras por parte de la medicina. La suspicacia hacia la ciencia biomédica y el recuerdo de las violencias cometidas en nombre de la razón sanitaria, construcciones imaginarias de complot y de producción efectiva de proyectos genocidas, la herencia histórica mezcla distintos niveles de realidad tanto en las declaraciones del presidente sobre el virus o los antirretrovirales como en los discursos relevados durante el trabajo de campo haciendo referencia a una voluntad de los poderes públicos actuales de eliminar una población de pobres inútiles y de enfermos. Para quienes los expresan, estos relatos dicen una verdad más profunda aunque la verdad de los números de la infección y de los mensajes de prevención.

El cuerpo, que materializa en cada uno de nosotros la impronta de la sociedad y el trabajo del tiempo, brinda testimonio de esa impronta, a través de la enfermedad como dato físico y material pero también como relato individual y colectivo. Seguramente, la antropología de la violencia, tal como se desarrolló según diversas perspectivas en Colombia (Taussig 1987), en Irlanda (Feldman 1991), en India (Das 1995) o en Sri Lanka (Daniel 1996), reproduce las preocupaciones epistemológicas y éticas de toda la antropología que se esfuerza por aprehender a la vida como hecho objetivo y producción subjetiva.

Una antropología de las políticas de la vida excede por mucho el horizonte teórico y empírico de la antropología médica clásica. Como lo he demostrado en varias ocasiones, la antropología de las políticas de la vida reúne en muchos puntos lo que del otro lado del Atlántico llamamos a menudo antropología médica crítica, la cual



comparte una cierta mirada sobre la autoridad de los saberes y los usos del poder, sobre las violencias estructurales y las desigualdades sociales. De todos modos, la antropología de las políticas de la vida puede caracterizarse según tres órdenes de inflexión. Primero, si el cuerpo, la enfermedad y la salud son el material para pensar, ella se ocupa de analizar sus modos de construcción y de producción y de este modo aborda la comprensión de los mundos sociales. Segundo, en su búsqueda de la creciente significación de estos problemas de las sociedades contemporáneas, la antropología de las políticas de la vida desarrolla una crítica de las nuevas formas de legitimidad sanitaria o humanitaria resultantes que parecen imponerse casi naturalmente en detrimento de otras configuraciones posibles. Tercero, atenta a la vez a las condiciones objetivas y a las experiencias subjetivas, esta antropología procura poner en tensión la lectura de los hechos del antropólogo y la visión de las personas que los viven, para evitar los análisis demasiado lejanos, o al contrario, carentes de distancia. Las inflexiones no se tienen que endurecer ya que se inscriben evidentemente de manera variable en los distintos autores y obras. El estudio de las políticas de la vida abre espacios propicios al diálogo de los antropólogos, no sólo entre ellos tal como se planteó aquí, sino también con los hombres y mujeres cuyas historias relatan.

Referencias bibliográficas

- | | |
|---|---|
| AGAMBEN. G. (1997) [1995]. <i>Homo sacer Le pouvoir souverain et la vie nue</i> . Paris, seuil. | Paris, Éditions des archives contemporaines. |
| AGIER, M. (2002) <i>Au bord du monde, les réfugiés</i> . Paris, Flammarion. | BERGER P. y T. LUCKMAN (1966) <i>The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge</i> . New York, Anchor Books. |
| ARENDT, H. (1967) [1963] <i>Essai sur la révolution</i> . Paris, Gallimard. | BOURDIEU, P. (1979) <i>La distinction. Critique sociale du jugement</i> . Paris, Minuit. |
| AUGE, M. et C. HERZLICH (1984) <i>Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie</i> . | BROSSAT, A. (2003) <i>La démocratie immunitaire</i> . Paris, La Dispute. |



- CANGUILHEM, G. (1966) *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses universitaires de France.
- DANIEL, V. (1996) *Charred lullabies. Chapters in an Anthropology of Violence*. Princeton, Princeton University Press.
- DAS, V. (1995) *Grritical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Oxford, Oxford University Press.
- DOZON J. P. et D. FASSIN (dir.) (2001) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.
- FARMER, P. (1992) *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.
- FARMER, P. (1999) *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley, University of California Press.
- FASSIN, D. (1998) « Politique des corps et gouvernement des villes » : 7-46, dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.
- FASSIN, D. (2000) « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », dans *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1 : 95-116.
- FELDMAN, A. (1991) *Formations of Violence. The Narrative of The Body and Political. Terror in Northern Ireland*. Chicago, University of Chicago Press.
- FOUCAULT, M. (1976) *La volonté de savoir Histoire de la sexualité*. Tome 1, Paris, Gallimard
- GOOD, B. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- HACKING, I. (1995) *Rewriting The Soul. Multiple Personality and The Sciences of Memory*. Princeton, Princeton University Press.
- HACKING, I. (1999) *The Social Construction of What?*. Cambridge, Harvard University Press.
- JAFFRE, Y. et J. P. OLIVIER DE SARDAN (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- KIM J. Y., J. MILLEN, A. IRWIN et J. GERSHMAN (dir.) (2000) *Dying For Growth. Global Inequality and The Health of The Poor*. Monroe, Common Courage Press.
- KLEINMAN, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*. Basic Books.
- LANZARINI, C. (2000) *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris, Presses universitaires de France.
- LATOUR, B. (1991) *Nous n'avons jamais été modernes. Essais d'anthropologie symétrique*. Paris, La Découverte.
- LEMARCIS, F. (2004) « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges



- d'un township » : 235-272, dans D. Fassin (clin) *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Paris, Karthala.
- LOCK, M. (2002) *Twice Dead. Organ Transplants and The Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press.
- MAUSS, M. (1980) [1934] « Les techniques du corps » : 363-386, dans *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France. [Texte disponible dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]
- MCCULLOCH, J. (1995) *Colonial Psychiatry and the African Mind*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MEMMI, D. (2003) *Faire vivre et laisser mourir Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte.
- PETRYNA, A. (2002) *Life Exposed. Biological Citizens After Chernobyl*. Princeton, Princeton University Press.
- RABINOW, P. (1996) *Essays on The Anthropology of Reason*. Princeton, Princeton University Press.
- RABINOW, P. (1999) *French DNA. Trouble in Purgatory*. Chicago, University of Chicago Press.
- RAPP, R. (2000) *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York, Routledge.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1992) *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.
- SCHEPER-HUGHES, N. (2002) « Bodies for sale - Whole or in Part » : 1-8, dans N. Scheper-Hughes et L. Wacquant (dir.), *Commodifying Bodies*. Londres, Sage Publications.
- SINGER, M. et H. BAER (1995) *Critical Medical Anthropology*. Amityville NY, Baywood.
- TAUSSIG, M. (1987) *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*. Chicago, University of Chicago Press.
- VIDAL, L. (1996) *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos.
- WAHNICH, S. (2003) *La liberté ou la mort. Essai sur la terreur et le terrorisme*. Paris, La Fabrique.
- WITTGENSTEIN, L. (1961) [1945] *Investigations philosophiques*. Paris, Gallimard.
- YOUNG, A. (1995) *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.





Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia

Didier Fassin*

Traducción de Paula Vazquez

RESUMEN

Durante los últimos años, las ciencias sociales se han esforzado en captar al cuerpo como una realidad social, fruto de una construcción histórica y producto de representaciones culturales, pero se han dedicado menos al análisis de los usos políticos del cuerpo. Basándose en dos estudios de casos realizados recientemente en Francia, uno sobre la distribución de subsidios a desempleados y el otro sobre la regularización de los indocumentados en nombre de la razón humanitaria, el presente artículo analiza la manera en la que el cuerpo sirve de recurso para reivindicar un derecho, a título de la enfermedad o del sufrimiento. A través de estos ejemplos, se trata de comprender la economía moral de la ilegitimidad y de proponer una antropología política del cuerpo.

Palabras clave: Antropología política, Cuerpo, Gobernabilidad, Subjetividad, Desigualdad.

ABSTRACT

During the recent years, social sciences have developed interest in the body, considering it as a social reality, a result of a historical construction and a product of cultural representations, but the political uses of the body have been relatively neglected.

* Director del Centre de Recherche sur les Enjeux Contemporains en Santé Publique (CRESP), INSERM-Université Paris 13. Director de Estudios, Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales. dfassin@ehess.fr. Este artículo es la versión modificada de una comunicación que ha sido presentada en una conferencia en el Instituto de Estudios Políticos (IEP) de París en noviembre de 2000 y que será publicada por las Ediciones de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS) de Francia en 2004.

On the basis of two case-studies recently conducted in France, one on the distribution of subsidies to job-seekers, the other one on the legalization of undocumented immigrants for humanitarian reasons, the present paper analyzes the way in which the body becomes a resource for the claim of a right, justified by disease or suffering. These examples give clues for the comprehension of the moral economy of illegitimacy and the foundations for a political anthropology of the body.

Key words: Political Anthropology, Body, Governmentality, Subjectivity, Inequality.

Durante largo tiempo el cuerpo ha sido un punto ciego en las ciencias sociales y la invitación efectuada por Marcel Mauss (1980) hace ya más de medio siglo para construirlo como un objeto social ha permanecido en gran medida como letra muerta. Sin embargo, en las últimas dos décadas, especialmente bajo la influencia de Michel Foucault (1976), los trabajos se han multiplicado y se han esforzado en captar al cuerpo como una realidad social, fruto de una construcción histórica y producto de representaciones culturales. Esta nueva vía, aunque fecunda, ha sido indiferente con respecto a una cuestión central: *los usos políticos del cuerpo*. Ahora bien, si hay un lugar donde el poder se manifiesta, es justamente en la carne del individuo, al punto de que no sería un exceso hablar de incorporación del poder, tal como lo ha mostrado Ernst Kantorowicz (1989) en un ensayo de teología política de la realeza medieval. Pero, al contrario de la encarnación del poder, también se pueden buscar los signos de esta incorporación del poder del lado de los dominados, siguiendo para ello a Maurice Godelier (1982) y sus investigaciones sobre los Baruya de Nueva Guinea. Tal es el proyecto en el cual quisiera comprometerme aquí, no en las sociedades lejanas para nosotros en el tiempo o en el espacio, sino en el mundo contemporáneo. Me interesaré en particular en la manera en que el cuerpo es puesto en escena y en palabras por actores que no tienen sino esa única verdad para hacerse valer en un determinado momento de su historia. En suma, se trata de trazar algunas líneas de investigación de lo que podría ser una *antropología política del cuerpo*.

SÚPLICAS DE NUESTRO TIEMPO

“Soy erremista*, me dio alojamiento una persona que vive ahora en la zona de Auxerre, no tenía ni agua ni electricidad, y por esa razón me endeudé, soy una enferma depresiva y epiléptica, lo que me indispone al trabajo. Además me estoy divorciando y menos mal que no tuve hijos. Ahora dieron el agua porque había una factura sin pagar, y estoy esperando la factura para remitírsela. No tengo ducha ni nada. Voy a la ducha de la Plaine Saint-Denis con los bonos de la alcaldía. Ayúdeme por favor. Mi mamá está enferma del corazón, tomo el tren que me cuesta hasta 260 francos cada vez que la voy a ver. Le pido de 6 a 7000 francos, más si así usted lo considera.”

Esta carta es una de las veinte mil dirigidas a la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales de Seine-Saint-Denis, en la periferia de París, durante el primer semestre de 1998, como consecuencia de la puesta en práctica, por el gobierno, de un Fondo de Urgencia Social de un millón de francos destinado a dar una respuesta política al “movimiento de desempleados y precarios” (Fassin, 2001a). Súplica en la cual patología y sufrimiento, problemas de higiene y dificultades de alojamiento, ausencia de hijos y presencia de una madre enferma se enredan en una argumentación patética que pone en escena la incorporación de la miseria. Se trata de contarse a sí mismo en pocas palabras, de revelar su desamparo en los más íntimos detalles de lo cotidiano y en los signos más demostrativos de estado físico, para así justificar y certificar la extrema necesidad material que convencerá a la comisión de adjudicación prefectoral de conceder algún subsidio. Es preciso decirle a la administración que el cuerpo sufre para suscitar su generosidad.

“Al Sr. Prefecto. Por los poderes que le han sido atribuidos en el artículo X del decreto del 8 de mayo de 1945, de su más alta consideración, insisto después de haber recibido este rechazo inesperado ciertamente ocasionado en un malentendido, después de mis entrevistas con el agente médico de la DDASS*. Contrariamente a lo que esperaba, sin hacerme pregunta, ella escogió sólo algunos resultados negativos que no tenían relación con lo que yo sufro. Es verdad, mi venida a este país no se debe a una razón médica. Sin embargo, después de seis años de seguimiento incontrolado, siempre de la misma enfermedad, y sobre todo ahora que me llegó mi ayuda médica que finalmente me va a permitir proseguir mi cura regularmente, me hu-

biera gustado tanto ser admitido en este marco. En efecto, cuando era miembro de un grupo de comité de estudiantes en Dakar, amenazado y buscado como otros por la policía, tuve miedo de terminar como muchos olvidados en las cárceles. Por eso llegué a Francia de forma imprevista. Ya que hijo de una víctima de guerra del regimiento de los soldados fusileros senegaleses, siendo igualmente desde mi llegada en 1990 la única fuente de ingreso para mi familia aparte de su pensión militar que le llega muy tardíamente e insuficiente, por todas esas razones, es evidente que mi retorno en esas condiciones me parece imposible. Sin embargo, a título excepcional, yo le ruego señor Prefecto, otorgarme la autorización de quedarme, aunque sea para poder continuar mi tratamiento. A la espera de una respuesta favorable, quedo de usted sinceramente.”

Esta solicitud es una de las miles dirigidas cada año al prefecto de la Seine-Saint-Denis con miras a obtener una tarjeta de residencia invocando la “razón humanitaria”, según la terminología en uso en el lenguaje administrativo (Fassin, 2001b). Súplica donde el cuerpo enfermo es convocado por defecto al reconocimiento de los antecedentes políticos que habrían podido conceder el asilo, las heridas de guerra de su padre al servicio de la armada francesa que habrían podido justificar la gratitud de la patria, los diez años vividos en el territorio nacional que le deberían haber permitido obtener automáticamente una tarjeta de residencia, tuvo que ser la medida que diera la prueba. La carta reivindica el derecho a quedarse en Francia que se desprendería de un derecho al tratamiento ya reconocido por la ayuda médica, pero se inscribe en una biografía abreviada, que haciendo fuego de toda leña, apoya la demanda de reconocimiento. El relato sirve aquí para vincular el cuerpo sufriente en un tejido de argumentos que deberían fundamentar una legitimidad de la persona.

CUADROS DE UNA EXPOSICIÓN

Esta forma particular de gobernar a los hombres es entonces el principal centro de interés. Ella no es una política por la cual la ley (moral o jurídica) se impone al cuerpo, en nombre de comportamientos presumiblemente sanos (para prevenir la enfermedad, en el caso de la salud pública) o normales (para apartar las desviaciones, tratándose del orden público). Ella es, a la inversa, una política en la cual *es el cuerpo el que da derecho*, a título de la enfermedad (justificación de

atención médica) o del sufrimiento (apelando a la compasión), ya sea a una tarjeta de residencia, ya sea a una ayuda financiera de emergencia. En consecuencia, más que una imposición de un bio-poder, en el sentido en que lo entendía Michel Foucault¹, es decir una “disciplina” individual y colectiva de las conductas, es preciso ver en estas demandas a las instituciones la puesta en práctica de una *bio-legitimidad*, tal como he propuesto calificar a esta forma de reconocimiento social de la vida como “bien supremo”, para retomar las palabras de Hannah Arendt². Exponer su cuerpo, por el relato de sí mismo (la modalidad más ordinaria de la justificación de las ayudas sociales) pero también a veces a la vista de los otros (procedimiento habitual de certificación de enfermedad para un extranjero que solicita una regularización por motivos médicos o pruebas de secuelas de tortura para una solicitud de asilo); jugarse la vida, contándola (bajo la forma escrita de la súplica dirigida a una administración o a través de la expresión oral de la solicitud ante un trabajador social) e inclusive arriesgándola (en huelgas de hambre de indocumentados o en tentativas de ingreso clandestino en un territorio extranjero); tantas son las manifestaciones locales del imperio creciente de una bio-legitimidad que se encuentra también presente en las escenas internacionales donde la razón humanitaria la pone en práctica en todos los terrenos de los conflictos³. La exposición de sí mismo, ya sea mostrando un ejercicio narrativo o de una revelación física (lo uno no excluye lo otro), pertenece a las figuras contemporáneas del gobierno –y particularmente cuando se expone su propio cuerpo, a las figuras contemporáneas del gobierno de los dominados.

El cuerpo, enfermo o sufrido, está dotado, en estas situaciones, de una suerte de reconocimiento social que en última instancia se intenta hacer valer cuando todos los otros fundamentos de una legitimidad parecieran haber sido agotados. En el primer ejemplo, el de la mujer subsidiada por el ingreso mínimo de inserción, la invocación de patologías puede inclusive servir de justificación a la imposibilidad de encontrar un trabajo (“depresiva y epiléptica, lo que me impide al trabajo”), justificación quizás más honorable que los criterios habituales de la llamada “inempleabilidad” (la edad, la ausencia de calificación, el tiempo de desempleo). En el segundo caso, el del hombre senegalés en situación irregular, el recurso al argumento de una afección todavía sin cura aparece como la única oportunidad que le queda (“a título excepcional, yo le ruego señor Prefecto otorgarme la autorización de quedarme aunque sea para poder continuar mi tratamiento”) ya que no ha sido reconocido sobre la base de otros elementos que podía reclamar (amenazas políticas en su país, años vividos en Francia, inclusive antecedentes familiares). Más allá de las diferencias de las situaciones objetivas y de los

contextos reglamentarios que sostienen estas dos historias, los dos solicitantes tienen en común la utilización de su cuerpo como *último recurso* para pretender obtener el preciado bien que constituye la ayuda financiera o la tarjeta de residencia. Preciado bien en tanto que condiciona la posibilidad de existir socialmente para la una, jurídicamente para el otro, cuando los ingresos de la primera son tan bajos y la presencia del otro está tan amenazada. Preciado bien, en tanto que asegura, ciertamente de manera temporal y precaria, una relativa seguridad material contra la aleatoriedad de la existencia: los pocos miles de francos acordados le permiten a la primera “aguantar” hasta el próximo depósito de su RMI (y hacer esperar a las dos casas de abasto en donde tiene casi dos años de deudas “por comida”); la autorización de residencia o la tarjeta de un año crea la esperanza de una renovación siempre que el tratamiento pueda ser invocado (la cura, sin embargo, es la última esperanza).

La economía política de la desigualdad ha mostrado, desde hace un siglo y medio, cómo, en las relaciones de producción, los dominados utilizan su cuerpo como fuerza de trabajo. La cuestión aquí es mostrar una *economía moral de la ilegitimidad* en la cual, sumisos a relaciones de poder, los dominados llegan a utilizar su cuerpo como fuente de derechos. No se trata ciertamente de sustituir una economía por otra, ya que los principios de desigualdad sustentan a las lógicas de la ilegitimidad (en el momento en que la mano de obra extranjera no calificada se vuelve superflua, la presencia de los inmigrantes se presenta como problemática), mientras que el retorno de las jerarquías de legitimidad sirven para desviar los principios de igualdad (es con respecto a las poblaciones de menor aceptación social, tal como los extranjeros en situación irregular, que las formas más duras de explotación pueden manifestarse)⁴. Sin embargo, fijar la atención de forma casi exclusiva en las lógicas de la producción capitalista ha conducido a no tomar suficientemente en consideración los argumentos morales que fundan las decisiones políticas cotidianas con relación a estos grupos y sus efectos en las maneras a través de las cuales estos últimos presentan su reivindicación de existir socialmente.

Bajo este aspecto, la movilización del cuerpo alterado —enfermo o sufrido— como recurso con relación al Estado —Estado social que presta socorro a los más necesitados en el primer caso, Estado nacional que otorga la tarjeta de estadía a los extranjeros en el segundo— incita a un análisis de esta forma particular del gobierno de los cuerpos, que es también un *gobierno por los cuerpos*. Más aun, es preciso añadir que el cuerpo en cuestión es un cuerpo físico y psíquico a la vez, y se sabe cómo, a través de las categorías psiquiátricas del “traumatismo psíquico” y del

“sufrimiento psíquico”⁵, este cuerpo inmaterial ha adquirido una legitimidad cada vez mayor en la gestión de las víctimas de los desórdenes sociales. Más aun, hay que precisar que el cuerpo no está expuesto estáticamente, ni tampoco psíquicamente, sino que está construido a través de relatos autobiográficos o, muchas veces, de fragmentos narrativos en los cuales se sitúan, en el seno de discursos en donde se trata de tomar en cuenta la dimensión argumentativa⁶, las alteraciones que lo afectan.

Con el fin de mostrar los mecanismos de esta modalidad particular del gobierno de los cuerpos, serán tratadas aquí dos investigaciones: la primera concierne el estudio de trescientos expedientes de solicitantes de ayudas de emergencia, completada con las entrevistas realizadas a los agentes que participaron en la distribución de los fondos; la segunda aborda cuarenta historias de extranjeros que solicitaron tarjetas de residencia para cuidados médicos y sobre una serie de entrevistas con los agentes encargados de dar el visto bueno a los servicios prefectorales; estas entrevistas fueron conducidas entre 1998 y 2001, esencialmente en trabajos de terreno en Seine-Saint Denis, departamento que ha cristalizado, a lo largo de los años noventa, la imagen de la cuestión social. Primeramente serán presentados los dos escenarios sobre los cuales han sido realizadas las investigaciones, describiendo los dispositivos puestos en práctica específicamente para la gestión de estas dos poblaciones: “desempleados y precarios”, de un lado, “indocumentados”, del otro, para retomar los términos con los que los actores se designan a sí mismos. Posteriormente, se examinarán las argumentaciones desarrolladas por los solicitantes, poniendo especial atención al lugar que ocupa el cuerpo por ser éste el que está particularmente afectado por la condición misma en nombre de la cual es solicitado el bien preciado: ayuda financiera de urgencia o tarjeta de residencia. Es preciso preguntarse entonces por los principios de justicia y las prácticas de juicio que se encuentran sometidas a prueba en estas situaciones de decisión que tienen efectos directos sobre la vida cotidiana, e inclusive la supervivencia, de las personas, y sobre la significación de esta forma de gobierno de la vida.

ESCENARIOS DE LA VIDA POLÍTICA

Dos escenarios pues sobre los cuales se exponen los cuerpos sufridos con la esperanza de suscitar sentimientos de justicia o de compasión que les permitirán a los solicitantes obtener ya sea una ayuda financiera, ya sea una tarjeta de residencia.

Sobre el primero⁷, cerca de un millón de solicitantes del fondo de emergencia social instaurado en enero de 1998, en el momento más fuerte del movimiento social llamado “de los desempleados y precarios” que, después del otoño del año anterior, no había cesado de ampliarse, luego de la supresión de los “fondos sociales” del Unedic que precisamente hasta ese momento habían servido para acordar ayudas financieras puntuales a las personas que habían perdido su empleo. “El millón” anunciado por el Primer Ministro Lionel Jospin algunos días después de Navidad, que iba a dar respuesta a las necesidades más patentes, está destinado, dice la circular del ministerio, “a las personas y a las familias que, a pesar de los dispositivos existentes, están expuestas a riesgos importantes para el mantenimiento de sus condiciones de existencia”. Los servicios desconcentrados del Estado son los encargados de distribuir esta fuente. La mayoría de las veces se encarga de ello la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales, bajo responsabilidad del prefecto. Tal es el caso de Seine-Saint-Denis, donde ha sido elaborada la investigación a la cual se hace referencia aquí. Siendo el departamento más desfavorecido de la región de Ile-de-France y figura asumida del estigma social, se benefició de una suma a la altura del elevado número de solicitantes de empleo y de beneficiarios del RMI, según el baremo establecido por el Ministerio del Empleo y la Solidaridad: alrededor de 30 millones de francos*. En respuesta al anuncio de la creación de este fondo, se iniciaron 20000 expedientes en seis meses. Entre ellos, el 72% obtuvo un visto bueno, con una media de 2110 francos otorgados, llegando a alcanzar a veces más de 5000 francos.

Para justificar su solicitud, los solicitantes deben presentar dos tipos de documentos. Por una parte, informaciones sobre su estado civil, la composición de su familia, los recursos mensuales, los gastos fijos y las deudas acumuladas, cada uno de estos datos debe tener los soportes y justificativos correspondientes. Por otra parte, una exposición libre de los motivos y del contexto del requerimiento, para lo cual está previsto un espacio de media página que se termina con la suma esperada. Seguidamente, una comisión de atribución, compuesta por funcionarios superiores de la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales, del Consejo general, de la Caja de Prestaciones Familiares y de los Assedic*,

es la encargada de dar un estatuto individual a cada caso: procedimiento particularmente engorroso, que moviliza a la comisión hasta cuatro medias jornadas por semana, todo esto con el fin de respetar el tratamiento personalizado de los expedientes, como lo solicita la circular del ministerio. Aun cuando los miembros asociados del Estado hacen participar a agentes con responsabilidades intermedias como funcionarios medios y trabajadores sociales, es directamente la junta directiva, el director adjunto o un inspector de la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales, quien preside todas las sesiones, demostrando claramente el compromiso de los poderes públicos en la gestión del maná estatal. Así lo testimonian las anotaciones hechas a mano en los márgenes de los expedientes comentando tanto los documentos de soporte o el texto redactado como las decisiones de atribución. Cada caso es objeto de un examen atento y de una decisión bien pensada. La exposición de sí, tanto objetiva (datos fácticos) como subjetiva (argumentación desarrollada), se hace entonces en una pieza escrita, intentado ajustar la realidad de la experiencia del solicitante a la expectativa que él piensa que sus jueces tienen acerca de su situación. Aunque limitada por las condiciones concretas de existencia de cada demandante y por las modalidades prácticas del ejercicio de la exposición, la reflexividad está muy presente en la solicitud.

Acerca del segundo escenario⁸, cada año se presentan miles de demandas de tarjetas de residencia en el marco del artículo 12bis línea 11 de la ordenanza del 2 de noviembre de 1945, modificada, que estipula: “Salvo si su presencia constituye una amenaza para el orden público, la tarjeta de residencia temporal que porta la mención ‘vida privada y familiar’ es otorgada de pleno derecho al extranjero que resida habitualmente en Francia, cuyo estado de salud necesite una atención médica que en su defecto podría generarle consecuencias excepcionalmente graves, bajo reserva de que no pueda beneficiarse efectivamente de un tratamiento apropiado en el país de donde es originario”. Solamente en el departamento de Seine-Saint Denis, donde la investigación fue realizada, se contaron en 1999 más de 1000 expedientes iniciados bajo este título. A comienzos de los años noventa sólo había alrededor de 150. Así, a lo largo de la década, se pasó de una situación de excepción, que prevaleció en los años ochenta y que condujo a que excepcionalmente la enfermedad de un indocumentado fuera favorablemente arbitrada por el prefecto, a un régimen derogatorio que ha permitido en la primera mitad de los años noventa que medidas de protección, discrecionales pero ya banalizadas, sean tomadas para evitar la expulsión de los enfermos, y luego a un estado de pleno derecho que, en la ley de 1997, reconoce al enfermo no solamente el acceso a un título de residencia, sino también a la posibilidad de ocupar un empleo. En esta

apertura reglamentaria, que ha sido ampliamente designada bajo la expresión de “razón humanitaria”, se amparó un número importante de personas que veían cerrarse progresivamente todas las otras puertas de la regularización.

El procedimiento que permite el reconocimiento de este nuevo derecho se basa en un protocolo que se volvió cada vez más preciso a medida que entraba cada vez más explícitamente en la legislación. En principio, es un médico inspector de la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales quien, contratado por los servicios prefecturales, debe transmitirles una opinión, evidentemente protegido por el secreto de su profesión. Para dar esta opinión, el médico inspector se apoya en el expediente que le envió el médico tratante, un médico en ejercicio hospitalario, o cada vez más frecuentemente, un perito colegiado. En ciertos departamentos, los extranjeros se presentan en persona y le cuentan su historia a los agentes del estado –médico inspector a veces asistido por enfermeras de salud pública- pero no los vuelven a examinar. Los dos criterios utilizados para darle un estatuto válido a la demanda son los de ley: el estado de salud debe ser considerado como suficientemente grave; el acceso a un tratamiento en el país de origen debe ser considerado como improbable. Por supuesto que tanto lo uno como lo otro son objeto de una apreciación personal para la cual no existe ningún acuerdo estándar absoluto, inclusive sabiendo que existe una lista de afecciones de larga duración que benefician con una cobertura integral por la Seguridad Social (que sin embargo nadie usa) y aun cuando hay esfuerzos por constituir listas indicativas de los países en función de la disponibilidad de medicamentos y tecnologías (sin responder sin embargo al criterio de accesibilidad para la persona). Una vez transmitida a la prefectura, la opinión del experto acompañada de una recomendación de estadía larga casi siempre es seguida por el servicio de extranjeros, salvo invocación de amenaza al orden público que es casi sistemática una vez que existe una prohibición de permanencia en territorio francés, medida judicial que se toma cuando se comete un delito que, cada vez más frecuentemente, consiste en el simple rechazo de embarcarse en el avión en el caso de una conducción a la frontera bajo escolta policial.

Demanda de ayuda financiera de emergencia, solicitud de un título de residencia. En los dos casos, el solicitante debe “presentar” él mismo su caso. Ya sea que lo haga en un texto escrito y a veces dictado a otra persona que tenga cualidades de estilo o de argumentación en la escritura. Ya sea que ejecute un discurso oral, frente a un médico inspector encargado de darle un estatuto o al experto designado para armar el expediente.

LOS TÓPICOS DEL INFORTUNIO

En esta presentación, dos hechos son constantes. En primer lugar, el relato es fragmentario: Lejos de pretender ser exhaustivo, o tender a la linealidad, el relato apunta al aporte de fragmentos de vida pertinentes. Para el desempleado, son los accidentes de su existencia lo que justifica tanto su situación presente (exonerando tanto como sea posible su propia responsabilidad) como la necesidad invocada (especialmente en términos de la construcción de un proyecto). Para el extranjero, son evidentemente los acontecimientos patológicos más la doble obligación de tener que argumentar sobre su gravedad y también sobre la falta de acceso a los tratamientos en su país, pero el contexto en el cual se inscriben estos acontecimientos también es ampliamente desplegado (todos los infortunios y todas las injusticias parecen poder servir para apuntalar la queja física). Además, la declaración no es suficiente: la administración no puede contentarse con la palabra del solicitante, es preciso que presente elementos que certifiquen su veracidad. La administración de la prueba pasa por documentos oficiales. Para el solicitante de una ayuda financiera, son los justificativos de toda naturaleza que permitan especialmente conocer los ingresos, los gastos y las deudas, pero eventualmente también lo que motiva la petición (la relación detallada de los depósitos de las asignaciones por paro, la hoja de los impuestos, el certificado del alquiler, las facturas de teléfono, el reconocimiento de las deudas, las promesas de posibles contratos, etc.) Para la persona que pide el título de residencia por atención médica, es el expediente médico, a veces un examen biológico o una carta del médico (sin lo cual, el experto debe reconstruir él mismo las piezas del rompecabezas).

La confrontación de estos dos elementos – justificación por la historia, de un lado, y por los documentos, por otro– conduce a hacerse la pregunta de la utilidad del primero cuando los segundos parecerían poder aportar todas las pruebas necesarias. ¿Qué argumentación hay que añadirle a la demostración que los gastos fijos son más elevados que los recursos? ¿Qué justificación suplementaria hay que dar cuando uno aporta la descripción documentada en el ámbito médico de una enfermedad grave? ¿Por qué dar un alegato cuando ya están reunidas las piezas a convicción que deberían ser suficientes para la decisión? El desfase entre la exigencia de testimonio objetivo y la demanda de subjetividad da la clave de lo que podrían llamarse las *políticas de la obligación*⁹. El relato enriquece la demanda de una perspectiva más global y al mismo tiempo más individual sobre aquella o aquél que la formula. El relato prueba la buena fe y la buena voluntad del solicitante que acepta entonces descubrirse. Él otorga la contraparte necesaria del inter-

cambio de prestaciones entre el Estado y sus sujetos¹⁰. Inclusive si, como se verá más adelante, está lejos de aparecer como decisivo en las deliberaciones que se fundan sobre todo sobre los hechos objetivados, él es una pieza maestra en el dispositivo: la administración se humaniza en esta individualización de los tratamientos. El relato es así el *suplemento de alma* de la gestión de las peticiones. Es por ello que se la debe considerar como crucial. Es esta la razón de la importancia que reviste a los ojos de los solicitantes, para los cuales el tiempo narrativo es esencial para la exposición de la singularidad de su caso y la justeza de su demanda. Al considerar entonces las formas retóricas utilizadas por los solicitantes, se constatan la movilización de cuatro tópicos principales del infortunio.

La *necesidad*, la más invocada, remite a la evidencia elemental del carácter invivible de la situación, la insuficiencia de recursos para satisfacer las necesidades más rudimentarias en los casos de los solicitantes de ayuda, la emergencia de una regularización con el fin de evitar a toda costa el retorno al país sinónimo de una muerte anunciada. El cuerpo va a estar afectado por esta necesidad a través de las privaciones para unos y de los síntomas para los otros. Las justificaciones son presentadas en términos de necesidades vitales. “No llegamos a tener todas nuestras necesidades para comer”, escribe una mujer de veintinueve años que vive con 796 francos al mes y por persona para motivar su demanda de ayuda financiera. “El dinero que nos queda para vivir no me alcanza para comprar comida de calidad para la salud de mis hijos. Tengo dificultades para comprar ropa de invierno y para calentar la casa porque la calefacción gasta mucho gas”. Lo mismo para los extranjeros enfermos: “Si regreso a mi país, Nigeria, me moriría a los quince días”, afirma un hombre con Sida quien aún no tiene título de residencia quince años después de haber entrado a Francia. La autorización para residir que obtiene algunos meses más tarde para tratarse le hace decir que esta enfermedad mortal “es lo que hoy le hace vivir”. Estamos aquí en el registro de la “vida desnuda”¹¹, rebajada a las exigencias elementales del cuerpo: el hambre, el frío, la enfermedad.

La *compasión*, que también aparece frecuentemente en las argumentaciones, pone en escena al cuerpo en una relación a la vez de simpatía y de proximidad. Simpatía que implica un traslado de afectos de la persona que sufre hacia el agente que decide la suerte de su petición. Esta proximidad ubica al solicitante en una relación concreta e inmediata con su juez. Con frecuencia, se busca la simpatía mediante la evocación de los niños, cuya inocencia vuelve al infortunio aun más inaceptable, aun cuando la proximidad sea inducida por un detalle, que permita entrar de lleno en la historia, o una interpelación que ponga al interlocutor en una relación personal. “Soy una mujer sola, con dos hijos con quienes vivo,

mejor dicho, una mujer de 45 años que vive con 505 francos por mes y por persona... mi hijo está muy enfermo porque es asmático y yo realmente quisiera quitar la alfombra y remplazarla por linóleo... Pronto son las vacaciones de verano, y quiero llevar a mis hijos a pasar un mes a alguna parte de Francia, porque están tan perturbados y sufren porque su padre ausente vive en el extranjero". Un indocumentado argelino que tiene una prohibición de permanencia en territorio francés por un delito cometido hace diez años y que, desde entonces, rehizo su vida, encontró trabajo y tuvo un hijo: "Aunque me echen, vuelvo. Mil veces si es necesario. ¿Usted tiene hijos? Entonces, no le diré nada más. Mi hijo me pregunta: ¿por qué no vienes a verme? Tampoco puedo abandonarlo. Si no estoy con él, ese niño está jodido". Así definida, la compasión se opone a la "piedad"¹²: mientras que las políticas sociales instituyen las reglas comunes que se dirigen a la población, la caridad pública y la razón humanitaria instruyen casos regulares suscitando una sentimentalización de la relación de asistencia. Conmover al lector o al auditor se vuelve un objetivo en sí mismo en la exposición de la demanda, lo cual supone la existencia de competencias sociales que algunos movilizan fácilmente mientras que otros generan repugnancia.

El *mérito* forma parte de las figuras obligadas de la demanda, aun cuando se manifieste un poco menos que los dos tópicos precedentes. Mostrar que el cuerpo se resiste a la decadencia (los certificados de buena conducta y de correcta higiene son numerosos), y que él es el centro de un proyecto de inserción (con la conformidad que ello implica con los criterios de presentación de sí que prevalecen en la contratación), que él obedece a la carta de intención implícita del enfermo pobre (indicando, por ejemplo, que sigue correctamente su tratamiento), forman parte de las obligaciones de quien demanda ayuda. Igualmente, aquel que solicita un título de residencia por atención médica debe probar no solamente que sufre de una enfermedad grave sino que tampoco ha fallado en su deber de observancia terapéutica y que está deseoso de someterse a las exigencias de la medicina (a la inversa, no haber acudido a sus citas puede ser un factor disuasivo para el experto). Para aumentar sus posibilidades, es preciso entonces sobrepujar en la demostración de su voluntad de hacer las cosas bien. "Soy erremista, padre de un hijo inválido a quien no mantengo yo sino su madre", escribe un hombre de 36 años que vive solo en un hotel amueblado. "Ya hice una pasantía remunerada. Hago esfuerzos para darle a la madre de mi hijo un poco de dinero cuando puedo. Mi voluntad de superarme es grande". No cabe duda de que, para los pobres, como para los inmigrantes, la línea divisoria de la legitimidad social pasa entre los que tienen mérito y los que no lo tienen¹³.

En cuanto a la *justicia*, raramente se la menciona. La exposición de sí y de su sufrimiento para obtener una ayuda financiera o un título de residencia apenas encaja en la manifestación de una reivindicación de derechos, desde el punto de vista de los solicitantes. La súplica dirigida a la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales no calza en el llamado a la equidad, presente en menos de una petición sobre diez. El expediente médico que se constituye para la Prefectura supone humildad y gratitud y las raras protestas no intervienen sino en caso de rechazo. Aunque las ayudas a los necesitados se enuncie como un “derecho”; aunque la enfermedad grave abra el acceso “al pleno derecho” de una tarjeta de residencia según la ley Reseda de 1997, es fácil constatar que, para los solicitantes, su relación con el Estado se corresponde con un régimen de obligación. Es una destacable paradoja que aquellos mismos que desfilaron por las calles reclamando lo que ellos consideraban como una deuda, que en un caso ocuparon las oficinas de los Assedic*, y en el otro caso ocuparon las iglesias, sean reducidos a no poder expresar su demanda sino en términos de la necesidad, de la compasión e inclusive del mérito ¹⁴. En este contexto restrictivo de la solicitud, hasta las protestas toman una forma patética. “Toda mi vida aquí y me engañan así”, explica llorando un hombre tunecino de 35 años que acaba de recibir la nota de rechazo de su demanda de regularización por atención médica a causa de una medida de prohibición de permanencia en territorio francés tomada en su contra después de un altercado con un patrón. “Trabajé diez años como un esclavo para diecinueve patrones y sin guardar jamás un franco. Eso no es vida ¿verdad? Estamos en el siglo XXI. Yo ya no quiero más esta vida. Estoy jodido aquí y jodido allá”. La exposición del cuerpo sufrido muestra aquí sus límites.

Más allá de la diversidad de tópicos del infortunio sobre los cuales se apoyan las justificaciones –cuyo análisis ciertamente habría que afinar– existe un punto común a todas estas argumentaciones: ellas buscan en su mayoría construir, en el marco de una retórica que pretende ser bien fundada y convincente, un vínculo entre su situación social y las alteraciones de su cuerpo (o el de sus parientes). La pobreza y la irregularidad inducen privaciones, producen problemas, obstaculizan tratamientos –impiden, en suma, el buen funcionamiento del cuerpo. Exponer un dolor mental causado por la situación vivida o una necesidad física no satisfecha por falta de medios, es utilizar su cuerpo como último recurso en el intercambio negociado con el Estado. La obtención de la ayuda financiera o del título de residencia aparece como el remedio lógicamente deseable y provisionalmente eficaz contra la decadencia del cuerpo. Pero más que el cuerpo visible, es el cuerpo invisible el de la experiencia del sufrimiento social¹⁵. Y más que el cuerpo

mostrado, es el cuerpo contado en una historia de vida frecuentemente reducida a fragmentos biográficos¹⁶. Lejos están entonces las políticas clásicas de la piedad, aunque las sociedades contemporáneas continúen utilizando ciertos mecanismos a través de la figura del “sans domicile fixe”*, de quien se expone la degradación física. De lo que se trata aquí, a través de las argumentaciones de los desempleados o de los expedientes de los extranjeros, es de una *versión desencarnada del cuerpo*. Heridas íntimas, enfermedades latentes, dolores indecibles, violencias reprimidas: nada en común con el espectáculo de la miseria de otros tiempos. Es en los discursos en donde hay que buscar el impudor de este desnudamiento de sí exigido por la administración pública. Discurso obligado, discurso de obligado.

Pero ¿qué hace el Estado de ese cuerpo así librado a su generosidad? O, más exactamente ¿cómo los agentes que gerencian en su nombre la “cuestión social”, bajo los avatares del desempleo y de la precariedad, por un lado, de la inmigración y de la irregularidad, por el otro, toman en cuenta los infortunios y su puesta en discurso?

DECISIONES PATÉTICAS

Los dos dispositivos de distribución de ayuda y de regularización por atención médica, aun siendo administrados por el Estado local (Dirección Departamental de Asuntos Sociales, en colaboración con la Prefectura a donde está adscripta), operan, sin embargo, fuertemente coaccionados por el Estado central (Ministerio del Empleo y de la Solidaridad, en un caso, Ministerio del Interior, en el otro, bajo la mirada vigilante de los servicios del Primer Ministro). Aunque sean locales, estos procedimientos son objeto de una atención particular del gobierno (mensurable por la cantidad de circulares emitidas y de evaluaciones efectuadas) en la medida en que tocan cuestiones –desempleo e inmigración– consideradas como políticamente sensibles. Por lo tanto, aunque los criterios sean enunciados y los protocolos definidos, las condiciones de arbitraje por la comisión de atribución, de un lado, y por el médico inspector, del otro lado, dejan una parte importante a la interpretación personal de los agentes quienes a fin de cuentas toman la decisión “por alma y conciencia propia”. La individualización es en efecto la nueva palabra de orden de las políticas públicas¹⁷, las cuales, inscribiéndose siempre en el referente relativamente amplio que propone el Estado, retoman una posición en la puesta en práctica de una justicia local que se esfuerza por tomar en cuenta los elementos singulares de cada historia y cada caso.

Así pues, el poder delegado a los agentes del Estado para tratar los expedientes según un procedimiento que se apoye sobre las argumentaciones de los solicitantes produce una situación que se podría calificar de decisión patética¹⁸. Bajo esta expresión se designan las acciones con arreglo a las cuales se otorgan recursos escasos que condicionan la existencia material y social de las personas afectadas y cuya atribución se decide en un contexto de espectáculo o de discurso del sufrimiento. Los tres criterios están aquí reunidos. Primeramente, el dinero de ayuda aparece como un recurso escaso ya que hay que considerar que el millón no está para ser dividido entre los solicitantes sino repartido entre quienes están en una situación de desamparo particular proporcionalmente a la estimación de sus necesidades; de la misma manera las tarjetas de residencia por atención médica, aun cuando están sujetas a un racionamiento *a priori*, no dejan de ser por ello bienes escasos en un contexto en que las políticas de inmigración se vuelven cada vez más restrictivas; en los dos casos, los objetos a distribuir no necesariamente están en cantidad limitada, sino que están constituidos como tales por los agentes a través de su interiorización de los valores del Estado. En segundo lugar, las ayudas de urgencia, aun cuando sean de un monto modesto, representan sumas importantes en relación con los recursos de los solicitantes (levemente inferiores en promedio al valor del monto mínimo de subsistencia) y sobre todo en relación con sus ingresos disponibles después de la sustracción de los gastos fijos (suma negativa en aproximadamente un cuarto de los expedientes). De forma comparable, los títulos de residencia autorizan una existencia legal y un acceso a la mayoría de los bienes sociales, incluyendo al empleo, y condicionan la participación en la vida ciudadana (aunque sea de manera precaria). Tercero, el sufrimiento es expuesto en términos de relato en las súplicas y en términos de diagnóstico en las historias médicas; así los agentes del Estado se encuentran confrontados a un *pathos* singular al cual no están acostumbrados; este modo de tratamiento les hace descubrir situaciones que, como ellos mismos dicen, hasta ese momento ignoraban que fueran posibles (en este punto es preciso tomar en cuenta al pie de la letra la frase de un responsable administrativo que, hablando de sus agentes encargados de ayudar a los solicitantes a llenar sus formularios, declaraba que “lloraban con ellos”). La decisión patética procede entonces de una *asociación entre escasez de recursos, situación de vida o muerte y confrontación directa con el sufrimiento del otro*.

Esta decisión desplaza la frontera clásica entre políticas de la justicia y políticas de la piedad¹⁹. En principio, las primeras aplican normas neutras de mérito buscando repartir bienes según un orden considerado como justo y las segundas movilizan sentimientos para atribuir a cada uno exclusivamente en función de su

desgracia. Pero, tal como se ha visto, las prácticas efectivas de juicio se encuentran aquí confrontadas con argumentaciones que aluden tanto al mérito como a los sentimientos, que suponen el establecimiento de criterios neutros pero que deben adaptarlos a las desgracias individuales, dicho de otra manera, que mezclan justicia y piedad. Así las cosas, es interesante comprender cómo opera esta alquimia que la filosofía tiene la tendencia de considerar como contra natura. En efecto, ¿qué es lo que pasa al otro lado del “velo de ignorancia”²⁰ que separa al demandante de la institución? O más exactamente, de los agentes que dispensan bienes escasos. Es preciso distinguir aquí los criterios oficialmente enunciados y la manera en que son puestos en práctica.

Para la comisión de atribución de ayuda, la precipitación de la decisión gubernamental, pero quizás más la decisión de poner en práctica un procedimiento personalizado adaptado a cada caso, condujo a que no se establecieran normas claras. Según sus miembros, progresivamente se elaboró una doctrina que fue reconstituida *a posteriori*. Dicha doctrina comportaba dos dimensiones. Por una parte, se trataba de establecer la elegibilidad de las demandas. Retomando una forma de cálculo bastante banal en la administración de las ayudas sociales, se calculó una suma disponible por persona por sustracción de los gastos fijos a los ingresos mensuales, resultado que se relaciona entonces con el número de individuos que componen el hogar. Por una de esas fórmulas que imponen su verdad por el simple hecho de su enunciación, la administración llamó a esta suma el “resto para vivir”. La barra de elegibilidad se estableció, de manera bastante empírica, en 1000 francos, pareciera que por efecto de atracción por los números redondos y por una razón más particular aún: se constató que el establecimiento de este umbral permitía descartar a los trabajadores inmigrantes beneficiarios de ayudas sociales que vivían en residencias, a quienes se consideraba como ilegítimos para recibir una ayuda financiera que a la larga estaría destinada a la familia domiciliada en el país de origen. Una vez que el solicitante era declarado como elegible había que decidir la suma a atribuir. Esta suma fue determinada a partir de un doble sistema de apreciación. El primero establece un baremo rudimentario en función de la composición del hogar: 1000 a 1500 francos por persona sola, 2000 a 2500 francos por una pareja eventualmente con hijos. El segundo despliega más sutilmente un mensaje destinado al solicitante estableciendo un monto muy preciso que debería indicar lo que la ayuda está reembolsando, sin necesariamente notificarlo explícitamente, ya que la carta remitida a los beneficiarios menciona únicamente la suma acordada: el objeto de la ayuda es electivamente el reembolso de una deuda precisa, la reparación de un accidente (“hacerle frente a un

duro golpe”) o a la realización de un proyecto (“permitirle a un niño partir de vacaciones”). La existencia de este doble sistema de evaluación conduce a procesos de decisión a veces difíciles de interpretar pero, de manera general, se puede decir que el mensaje es preferido al baremo, a condición sin embargo que no lo sobrepase, lo que conduce a menudo a que la señal dirigida sea, de hecho, penalizadora para el receptor. En comparación con este dispositivo complejo, la decisión que concierne al título de residencia por atención médica pareciera a primera vista bastante más transparente, ya que ella reposa sobre un doble criterio enunciado en la ley y precisado en varias circulares: existencia de un problema grave de salud y ausencia de acceso al tratamiento en el país de origen. Sin embargo, queda por saber cómo se aprecia, en la práctica, la adecuación de las situaciones individuales a estos dos criterios.

En efecto, cualesquiera que sean las diferencias entre los dos dispositivos elaborados por los poderes públicos, se ve que tanto el uno como el otro codifican las *reglas de justicia* que tienen la particularidad doblemente paradójica de apoyarse sobre los principios de piedad y sobre las prácticas de compasión. Las reglas de justicia aparecen como normas con miras a atribuir recursos en función de criterios neutros: suma disponible por persona, composición del hogar, demandas particulares, en un caso; patología grave, terapéutica accesible, en el otro. Sin embargo, esos mismos criterios reposan sobre el reconocimiento de seres cuyo infortunio extremo justifica una medida que debe aparecer a la vez como urgente, indispensable y específica: la ley habla de “desamparo grave” para los fondos de emergencia social, de una “gravedad excepcional” para la tarjeta de residencia. Este infortunio se inscribe en el cuerpo de los solicitantes: las necesidades fundamentales no están satisfechas en el caso de los primeros, y palabras como “malnutrición” aparecen frecuentemente bajo su pluma; la enfermedad afecta a los segundos, que se libran a un exceso de palabras y pruebas para señalar su “desespero”.

No se trata entonces de una lógica de justicia redistributiva, sino de la puesta en obra de una *política de la piedad* que ubica a la vida misma en el corazón de la decisión. Sin embargo, ya que se entra en el detalle de la deliberación, en el secreto de la comisión o en la confidencia del médico, uno constata que las condiciones mismas en las cuales los juicios son rendidos conducen a tomar en cuenta la dimensión individual del infortunio, las razones particulares de cada uno, las competencias personales para valorar su historia en términos de sufrimiento o de mérito, pero también para considerar la reactividad de los jueces frente a esta exposición de miserias. Es decir que en el mismo trazo se pasa al *registro de la*

compasión. En suma, la separación entre justicia (como atención a la equidad) y piedad (como sensibilidad a la desgracia), de un lado, y la distinción entre piedad (como sentimiento abstracto puesto a distancia de los sufrimientos) y compasión (como emoción concreta sentida en proximidad de un ser que sufre) del otro, se encuentran cuestionadas por la lógica misma de las decisiones patéticas²¹. La puesta en epígrafe de la desgracia sitúa a la piedad en el corazón de la justicia, la singularización del tratamiento desplaza a la piedad hacia la compasión.

Esta confusión y estas contradicciones quedan ampliamente demostradas en las separaciones observadas entre norma enunciada y arbitrajes realizados, así como también en las disparidades constatadas entre instancias deliberantes. En materia de ayudas de emergencia, más de una decisión sobre seis escapa a los criterios de elegibilidad, ya sea se le den a aquel cuyos recursos disponibles por persona exceden los 1.000 francos, ya sea se rechacen los expedientes de los solicitantes que se sitúan por debajo del umbral establecido; e, incluso, tres ayudas sobre cinco tienen un monto que no corresponde ni al baremo, ni al mensaje; más aun, en función de la composición de la comisión, y sobre todo de la persona que la preside, la aplicación de los criterios sufre importantes variaciones. En lo que concierne a los títulos de residencia por atención médica, se observan diferencias considerables entre las tasas de opiniones favorables dadas por los médicos inspectores, la proporción puede llegar a ser, en el departamento de Ile-de-France, de 43 a 97%; si bien las variaciones interdepartamentales son mínimas para los casos de cáncer, que dan lugar a una proposición de tarjeta de residencia en un 99 a 100%, ellas son extremas para las enfermedades mentales, que recogen de 0 a 80% de apreciaciones positivas. Sin entrar aquí en el análisis de las razones de estas diferencias, debe tomarse en cuenta que a pesar del establecimiento de criterios locales, en un caso, y nacionales, en el otro, tales diferencias existen entre los *principios de justicia* enunciados y las *prácticas de juicio* observadas, y en consecuencia también de un juez al otro, e incluso de un momento al otro en el trabajo de un juicio dado. Estas diferencias provienen por supuesto de la preocupación por la individualización de los arbitrajes, ya que se trata, según el ideal político del Estado social, de adaptar cada tratamiento a cada caso, pero también provienen más específicamente, en la versión patética de la aplicación de este ideal, de la atención dada al sufrimiento singular, a su puesta en discurso, a su inscripción en una historia.

En este orden de ideas, el hecho más inesperado y seguramente el menos previsible para los solicitantes es, no obstante, la relativa impermeabilidad de las comisiones de atribución y de los médicos inspectores al *pathos* de los expedien-

tes²². Habría que hablar, en términos más exactos, de *banalización del sufrimiento*. En el caso de las ayudas de emergencia, ni el argumento de la necesidad, ni el llamado a la compasión parecen afectar sustancialmente –y en todo caso estadísticamente- las decisiones. No se constata beneficio alguno en la invocación de las dificultades financieras para enfrentar a las necesidades más esenciales y de las penas vividas en lo cotidiano. En el caso de los títulos de residencia, la dificultad de decidir frente a cuadros clínicos en los cuales las condiciones mismas de existencia vinculadas a la irregularidad se vuelven patógenas -mezclando así lo social y lo médico- conlleva un repliegue hacia definiciones más somáticas de la enfermedad y a apreciaciones más estrictas de la gravedad. El esfuerzo se centra en extraer la decisión de su contexto biográfico para atenerse a la realidad biológica, reteniendo el Sida pero no la depresión. Como lo expresan los agentes de las instituciones, confrontados a “toda esta miseria”, frente a la repetición de las mismas desgracias, frente a la sucesión de las mismas quejas, se produce una especie de extinción de los afectos. Las transferencias de simpatía se hacen cada vez más raras, limitándose a las situaciones más dramáticas, a la existencia de un gran infortunio que singulariza el caso, e incluso a discursos en ruptura con la letanía de peticiones, ya sea por la invocación del mérito, ya sea por la denuncia de la injusticia. Estos expedientes pueden a veces dar lugar a accesos de generosidad que dependen en el mejor de los casos de la contingencia y, en el peor, de la arbitrariedad²³. Además, la sospecha se va desarrollando frente a los demandantes, la duda se insinúa frente a la veracidad de las historias contadas o de las enfermedades invocadas; en el margen del expediente aparecen notas sobre las pruebas que faltan, sobre la poca credibilidad del relato: se pasa a la exigencia de nuevos certificados médicos y a la verificación de los exámenes biológicos. La prueba de esta erosión de sentimientos se obtiene con la baja progresiva, a lo largo de los meses, de la proporción de ayudas otorgadas por las comisiones de atribución y de la tasa de opiniones favorables rendidas por los médicos inspectores.

LA ÚLTIMA VERDAD DE LOS CUERPOS

Vale la pena detenerse en la paradoja. Mientras que el Estado impone un régimen de “confesión laica”²⁴ a diversas categorías dominadas que se encuentran obligadas a justificar sus demandas de vital importancia a través de testimonios autobiográficos, los agentes encargados de aplicarla no manifiestan sino un entusiasmo moderado sobre el hecho de tomar en consideración esta modalidad de

presentación de las solicitudes. Por un lado, el sufrimiento funda el mérito, por el otro su banalización embota la simpatía. Allí donde los poderes públicos invocan la singularización de los tratamientos para tomar en cuenta los desamparos individuales, los funcionarios tienen enormes dificultades para construir su gestión sobre su propia sensibilidad a la desgracia. Notable desfase: si uno se atiene únicamente a la enunciación de la intención de las políticas y de las teorías que las justifican, se llegaría sin mucha dificultad a creer que la “policía del relato”²⁵, es decir, una forma contemporánea de gestión de las personas por el discurso introspectivo que tienen sobre ellas mismas, se ha convertido en un modo esencial de la gobernabilidad contemporánea.

Pero, la cosa no es tan simple, en el momento en que uno cesa de dar por descontadas las políticas tal cual como ellas se enuncian “por arriba” y que uno se interesa en lo que ellas se convierten “por abajo”. El hecho de que los relatos sirvan tan poco a las instituciones invita a rechazar las tentaciones funcionalistas y preferir una lectura hermenéutica. Lo que se trata aquí de aprehender es el *sentido* -en vez de la función²⁶- de una configuración en la cual el Estado formula discursos a los cuales pareciera adherirse más el público al que se dirige que los propios agentes que ejecutan los programas: no solamente los solicitantes están obligados a contar su vida sino que ella no le interesa a los jueces que tienen sin embargo el poder de mejorarla. ¿Cómo interpretar una producción de relatos patéticos cuya utilidad desde el punto de vista de la decisión no es sino marginal, en la medida en que su carácter rápidamente estereotipado, a pesar de lo que tengan los solicitantes, conduce a una pérdida progresiva de su rendimiento afectivo? ¿Qué pensar de una exposición de sí que libra fragmentos de vida y desvela intimidades del cuerpo, pero casi sin consecuencia? Mucho ruido y pocas nueces sería, a fin de cuentas, una conclusión tentadora.

¿Pocas nueces? Quizás no. Porque al considerar la instancia de los miembros de la comisión de atribución de ayuda donde los solicitantes presentan ellos mismos su expediente con el fin de “manifestar su autonomía”, la satisfacción de aquellos al constatar que lo hacen con “una calidad de expresión y una sensibilidad” de las que no los imaginaban capaces, su preocupación de que los miembros de las asociaciones de desempleados “abandonen su traje de militantes por el de trabajadores sociales”, no queda sino pensar que se trata simplemente de acceder a la historia de las personas con el fin de estatuir mejor su caso. Igualmente, al examinar el largo procedimiento por el cual los extranjeros en situación irregular se someten a la evaluación de su estado de salud, producen un conjunto de pruebas de la realidad de su enfermedad o de su sufrimiento y son desviados otros

procedimientos de regularización para ser orientados hacia la razón médica o humanitaria, es preciso interrogarse también sobre la significación que conviene darle a tal operación. Finalmente, el sentido de esta política, ¿no residirá acaso, más que en el contenido de un relato sobre la base del cual se toma la decisión o no de atribuir los bienes, en el hecho mismo de que uno deba enunciar para obtener? No es que los acontecimientos contados, los argumentos dados, los sentimientos suscitados no tengan importancia ya que, en ciertos casos, pueden modificar una decisión. Pero la descripción patética de todas las penas del mundo es en las deliberaciones muchas veces secundaria con respecto al cálculo del resto para vivir o al reconocimiento de una afección mortal. Porque, más que una verdad del cuerpo en sufrimiento, lo que busca realizar esta forma de gobierno sería una verificación por el relato: el cumplimiento de una prueba que consiste en dar testimonio de su propia verdad.

Queda entonces preguntarse por los efectos de esta prueba sobre la producción de los sujetos contemporáneos. El sujeto debe exponerse frente al Estado o más bien delante de sus representantes o expertos, deber contar su vida librando sólo los momentos más susceptibles de emoción, tiene que mostrar su cuerpo a veces físicamente y otras tantas narrativamente, para de alguna manera obtener reconocimiento de derechos, y debe reproducir esta escena delante de una pluralidad de instituciones y agentes que tienen, en diversos grados, los poderes de decisión sobre su existencia (hasta llegar al punto en que el pobre o el extranjero le cuentan su vida o su enfermedad al portero de la prefectura, sin tener en cuenta ni por un momento la confidencialidad); todo esto no está ciertamente exento de consecuencias sobre *el doble proceso de subjetivación y sujeción*, dicho de otra manera, de construcción de sí y de sumisión al Estado. Cuando la mujer desempleada, acostumbrada a recibir un subsidio o un ingreso mínimo como derecho y ocasionalmente a salir a la calle para manifestar con la intención de defenderlo, debe posicionarse frente al Estado en una relación de obligación, presentarse como víctima exhibiendo las pequeñas y grandes miserias a las cuales su cuerpo está incesantemente expuesto (el hambre, el frío, la enfermedad), es razonable entonces pensar que la idea que ella se hace de sí misma y de su relación con el mundo social se encuentra afectada por ello. Cuando un solicitante de asilo cuya demanda ha sido rechazada, dice que si él tuviera una patología para hacer valer, podría intentarlo de nuevo para finalmente obtener el título de residencia tan deseado, no como refugiado político sino por razones humanitarias, en nombre muchas veces de problemas psiquiátricos generados por su propia situación desesperada (lo cual hace que la tarjeta tenga en sí misma un valor terapéutico), se entiende que

la percepción que él tiene sobre su lugar en la sociedad que lo acoge no está indemne. Sin embargo, la cuestión es muy compleja porque se está redoblando el proceso de victimización que opera en estos dispositivos al considerar que los individuos se someten en cuerpo y alma en esta empresa que los constriñe a exponer su vida como un aval moral para merecer la generosidad pública²⁷. Entre las competencias sociales que manifiestan los dominados se encuentra esa capacidad de resistir a la multitud de solicitudes a las cuales están sometidos: a través del silencio, de la capacidad de sacar ventaja, de la contestación -verdadero aprendizaje de la socialización en la dominación.

Más que dirigir el interés en la producción de sujetos en la vía improbable de la interioridad²⁸, se trata de centrar la atención en *la producción de los sujetos como realidad política*. Al final de esta doble investigación sobre los procedimientos de atribución de ayudas financieras y de regularización por atención médica, es preciso interrogarse sobre esta forma de gobierno que se puso en marcha en la administración de los dominados, ya sean “precarios” o “indocumentados”. El hecho de que un desempleado sobre tres, entre los solicitantes del fondo de emergencia social, presente documentos testimoniando que sus gastos fijos son más altos que sus recursos y deba sin embargo redactar lo que los poderes públicos llaman una “exposición de sus dificultades y sus motivaciones” en la cual tendrá que describir las alteraciones sufridas por su cuerpo para justificar una ayuda; el hecho de que una joven mujer haitiana cuente que su padre, militante político, fue ejecutado, que su madre desapareció después de un secuestro y que ella misma sufrió una violación colectiva, y que todos esos elementos no le valgan para beneficiarse del derecho de asilo sino que termine por obtener un título de residencia por atención médica al llevar los exámenes biológicos que certifican la seropositividad que acaban de descubrirle y que la condena más bien a largo plazo; y que haga falta entonces pasar por la prueba de la verdad del cuerpo y de la veracidad del relato para justificar su existencia social, que haga falta aceptar la obligación en lugar del derecho, plantea la cuestión de los fundamentos morales del gobierno de estos ilegítimos del mundo y del tipo de ciudadanía que él produce.

* GLOSARIO

Assedic: Seguro social que entrega subsidios a los desempleados.

DDASS: *Direction départementale des affaires sanitaires et sociales*, institución del Estado encargada de los asuntos sanitarios y sociales.

RMI: *Revenu Minimum d'Insertion*, subsidio que otorga el Estado francés a los que tienen menos del mínimo vital; erremista: beneficiario del RMI.

SDF: *Sans domicile fixe*, término consagrado para designar a aquellas personas que no tienen casa fija.

Franco: en el momento de las encuestas, un (1) franco francés valía alrededor de 0,20 dólares estadounidenses.

NOTAS

¹ En el último capítulo “Droit de mort et pouvoir sur la vie” de su *Historia de la sexualidad* (1976).

² En el segundo capítulo, «La question sociale», de su *Ensayo sobre la revolución* (1988).

³ Acerca del desplazamiento del bio-poder hacia la bio-legitimidad, me permito remitir a textos previos (Fassin, 1998 y 2001c). Si el bio-poder es un poder *sobre* la vida, la bio-legitimidad es un poder *de* la vida.

⁴ La dialéctica descrita está ampliamente desarrollada en un trabajo anterior (Fassin y Morice, 2000).

⁵ La presentación de la psicologización de lo político más completa es probablemente la de Nikolas Rose (1999). Sobre el traumatismo psíquico, ver la puesta en perspectivas histórica y antropológica de Allan Young (1995) y de Ruth Leys (2000). Así también, sobre el caso francés, desde una perspectiva clínica, el libro de Gérard Lopez (1998). Para un análisis del sufrimiento psíquico como consecuencia de los problemas sociales, véase Christophe Dejours (1998), Frédéric de Rivoyre (1998) y la producción anglosajona de Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (1997).

⁶ La evidencia de la enfermedad y del sufrimiento conduce frecuentemente a pensarlas como realidades naturales, olvidando que están construidas de esa manera. Los trabajos realizados sobre el tratamiento social de la pobreza y sobre la gestión

administrativa de los refugiados muestran, sin embargo, la capacidad de los agentes de movilizar competencias para plegarse a las exigencias de los servicios en donde se desempeñan. Sobre lo primero, véase Didier Demazière (1992) y Vincent Dubois (2000); sobre la segunda, Liisa Malkki (1995) y Jennifer Hyndman (2000).

⁷ Una exposición detallada sobre los diferentes aspectos de la investigación ha sido presentada en dos artículos (Fassin, 2001d y Fassin, Defossez y Thomas, 2001).

⁸ Una perspectiva antropológica sobre este escenario está presentada en mis artículos (Fassin, 2000 y 2001e).

⁹ Retomando evidentemente la distinción que hace Georg Simmel (1998) entre derecho y obligación. Ciertamente, se podría argumentar el hecho de que beneficiar con un mínimo de recursos para sobrevivir o con una tarjeta de residencia para curarse son derechos consagrados en las constituciones nacionales y en las convenciones internacionales, pero la realidad de ese derecho procede más bien, en ambos casos, de una relación asimétrica entre obligante y obligado.

¹⁰ Sería tentador decir prestaciones “totales” : la vida contra la pensión, ya que el relato autobiográfico sirve para justificar, no solamente por los hechos desafortunados que él revela sino por el simple hecho del dar, el dar para recibir del Estado, para utilizar el lenguaje de Marcel Mauss (1980).

¹¹ Según la expresión por la cual Giorgio Agamben (1997) traduce *zoé* diferenciado en Aristóteles de *bios*, vida social o política.

¹² Para retomar la dualidad propuesta por Hannah Arendt (1988), la compasión “consiste en ser afectado por los sufrimientos del otro como si fueran contagiosos” mientras que la piedad “consiste en entristecerse sin ser tocado en su propia carne”.

¹³ Siguiendo la distinción clásica analizada frecuentemente en la literatura anglosajona, no solamente para el siglo XIX sino más recientemente para el tratamiento de las nuevas formas de pobreza, particularmente en América del Norte, véase Michael Katz (1989).

¹⁴ Desde este punto de vista, debe ciertamente considerarse la actitud de los requeridores frente a los poderes públicos no como la marca de una adhesión a las normas impuestas en la solicitud, sino como la prueba de las competencias sociales que les permiten adaptarse, tal como lo plantea Michel Messu (1991).

¹⁵ En este sentido, “carne” es mucho más que “cuerpo” para retomar el desplazamiento esencial que opera Maurice Merleau-Ponty entre su fenomenología de la percepción (1945) y sus textos últimos (1964).

¹⁶ Como lo escribe, a propósito del ingreso mínimo de inserción, Robert Castel (1995): “El demandante no tiene más nada que aportar sino el relato de su vida con sus fracasos y sus faltas ... Los fragmentos de una biografía quebrada constituyen la única moneda de cambio para acceder a un derecho”.

¹⁷ El experto teórico de la individualización de las políticas sociales es Pierre Rosanvallon (1995), quien propone “darle vacaciones al ‘hombre medio’ de Quételet y al ‘hecho sociológico’ de Durkheim y devolverle a los datos sus valores individuales”. Para él, “la eficacia de las políticas sociales impone considerar a los individuos en su singularidad”.

¹⁸ En referencia, evidentemente, a las “decisiones trágicas” que los sociólogos de la medicina han analizado en las situaciones de atribución de bienes escasos susceptibles de comprometer la vida de los enfermos, tales como los órganos para transplantes o los medicamentos para el Sida. Véase, notablemente, Guido Calabresi y Philip Bobbit (1968) y Sébastien Dalgarrondo et Philippe Urfalino (2000).

¹⁹ Frontera que constituye la línea de división esencial en los principios de la acción, según Luc Boltanski (1993).

²⁰ A diferencia de la definición que da John Rawls (1979), las posiciones son muy diferentes en cada lado del velo. Los requerientes suponen más de lo que realmente conocen de los principios según los cuales serán juzgados (es evidente que ignoran largamente las reglas del juego y se equivocan sobre los valores de los agentes); sin embargo, los dispensadores, disponen de un gran número de informaciones privadas, inclusive íntimas, sobre las personas (sin que por ello, evidentemente, accedan de manera transparente a la verdad de su situación a la que no acceden sino en forma de discurso).

²¹ Como lo muestra Marc-Henry Soulet (1998), la oposición clásica establecida entre “acción humanitaria” y política social, entre iniciativa privada y deuda pública no aguanta la constatación de la “mixtura de fundamentos normativos que producen una mixtura de los modos de intervención”. Aquí se ve claramente que el Estado se hace actor humanitario, o al menos construye su política social sobre la “razón humanitaria”.

²² La expresión “desprendimiento moral” que emplea Everett Hughes (1998) para

designar esa forma de protección utilizada por los agentes de la administración para no implicarse mas allá de lo necesario en la relación con el otro, puede servir para comprender este fenómeno.

²³ Merece hacerse la distinción entre dos formas de juicio inicuas (Lalande 1993), es decir de injusticias en la aplicación de una medida: aquella que reposa sobre lo contingente, el efecto del azar (por ejemplo, el paso delante de una comisión en vez de otra, el humor de un presidente o la fatiga de un médico) y aquella que reposa sobre el arbitrario, la buena voluntad o la mala voluntad (intención de recompensa o, al contrario, de castigar, de dar una lección o de manifestar su poder).

²⁴ Para retomar la expresión de Michel Foucault (1994) quien hace del examen de conciencia el corazón del poder pastoral.

²⁵ Según la tesis desarrollada por Dominique Memmi (2000).

²⁶ Retomando la distinción clásica en antropología, tal como la conceptualiza Marc Augé (1979).

²⁷ Hay que atenerse aquí, probablemente, a esa prudencia radical a la que invita Ludwig Wittgenstein (1961) cuando afirmaba como definitivamente indecidible la cuestión de saber lo que siente el que dice que sufre.

²⁸ La aporía ha sido vigorosamente denunciada por Jacques Bouveresse (1976).

BIBLIOGRAFÍAS

- Agamben, G. (1997). *Homo sacer. Le pouvoir sacré et la vie nue*. Seuil, París (1ª edición italiana 1995).
- Arendt, H. (1988). *Sobre la revolución*. Alianza, Madrid (1ª edición 1963).
- Augé, M. (1979). *Symbole, fonction, histoire*. Hachette, París.
- Boltanski, L. (1993). *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*. Métailié, París.
- Bouveresse, J. (1976). *Le mythe de l'intériorité. Expérience, signification et langage privé chez Wittgenstein*. Minuit, París.

- Calabresi, G. y Bobbit, P. (1968). *Tragic Choices. The Conflicts Society Confronts in the Allocation of Tragically Scarce Resources*. Norton, Nueva York.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Fayard, París.
- Dalgalarrondo, S. y Urfalino, P. (2000). "Choix tragique et controverse. Le cas du tirage au sort des malades du sida". En: *Revue française de sociologie*, 41, 119-157.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, París.
- Demazière, D. (1992). "La négociation des identités des chômeurs de longue durée". En: *Revue française de sociologie*, 33, 335-363.
- Dubois, V. (2000). *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Economica, París.
- Fassin, D. (1998). "Politiques des corps et gouvernement des villes". En: Fassin D. (comp.) *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. La Découverte, París, 7-46.
- Fassin, D. (2000). "The biopolitics of otherness. Undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate". En: *Anthropology Today. Journal of the Royal Anthropological Institute*, 17, 1, 3-7.
- Fassin, D. (2001a). "La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence". En: *Annales. Histoire, Sciences sociales*, 55, 5, 955-981.
- Fassin, D. (2001b). "Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers". En: *Sciences Sociales et Santé*, 19, 4, 5-34.
- Fassin, D. (2001c). "Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile, une bio-politique à la française". En: Bourdelais P. (comp.) *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*. Belin, París, 447-465.
- Fassin, D. (2001d). "Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans les aides d'urgence". En: *Revue française de sociologie*, 42, 3, 437-475.

- Fassin, D. (2001e). "Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida". En: *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, 160, 137-162.
- Fassin, D.; Defossez, A.C. y Thomas, V. (2001). "Les inégalités des chances dans l'accès aux secours d'urgence". En: *Revue française des affaires sociales*, 55, 1, 91-110.
- Fassin, D. y Morice, A. (2000). "Les épreuves de l'irrégularité. Les sans-papier, entre déni d'existence et reconquête d'un statut". En: Schnapper, D. (comp.) *Exclusions au cœur de la Cité*. Anthropos, París, 260-309.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*. Gallimard, París, tomo 1.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Gallimard, París, tomo 4.
- Godelier, M. (1982). *La production des grands hommes. Pouvoir et domination masculine chez les Baruya de Nouvelle-Guinée*. Fayard, París.
- Hughes, E. (1998). *Le regard sociologique*. Edition de l'EHESS, París.
- Hyndman, J. (2000) *Managing Displacement. Refugees and the Politics of Humanitarianism*. Minnesota University Press, Minneapolis.
- Kantorowicz, E. (1989). *Les deux corps du Roi. Essai sur la théologie politique au Moyen Age*. Gallimard, París (1ª edición norteamericana 1957).
- Katz, M. (1989). *The Undeserving Poor. From the War on Poverty to the War on Welfare*. Pantheon Books, Nueva York.
- Kleinman, A.; Das, V. y Lock, M. (comp.) (1997). *Social Suffering*. University of California Press, Berkeley.
- Lalande, A. (1993). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Presses Universitaires de France, París (1ª edición 1926).
- Leys, R. (2000). *Trauma. A genealogy*. University of Chicago Press, Chicago.
- Lopez, G. (1998). *Victimologie*. Dalloz, París.
- Malkki, L. (1995). "Refugees and exile. From 'Refugee Studies' to the national order of things". En: *Annual Review of Anthropology*, 24, 495-523.

- Mauss, M. (1980). *Sociologie et anthropologie*. Presses Universitaires de France, París (1ª edición 1950).
- Memmi, D. (2000). “Vers une confession laïque? La nouvelle administration étatique des corps”. En: *Revue française de science politique*, 3, 19.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, París.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Gallimard, París.
- Messu, M. (1991). *Les assistés sociaux. Analyse identitaire d'un groupe social*. Privat, París.
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la Justicia*. Fondo de Cultura Económica, Madrid (1ª edición norteamericana, 1972).
- Rivoyre, F. de (comp.) (1998). *Souffrance psychique: une souffrance ordinaire*. L'Harmattan, París.
- Rosanvallon, P. (1995). *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-Providence*. Seuil, París.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul. The Shaping of Modern Self*. Free Association Books, Londres 1999 (1ª edición, 1989).
- Simmel, G. (1998). *Les pauvres*. Presses Universitaires de France, París, 1998 (1ª edición, 1908).
- Soulet, M.H. (1998). “Les raisons d'agir”. En: Soulet, M.H. (comp.) *Urgence, souffrance, misère. Lutte humanitaire ou politique sociale?* Editions Universitaires de Fribourg, Res socialis, Fribourg, 9-41.
- Wittgenstein, L. (1961). *Investigations philosophiques*. Gallimard, París, (1ª edición, 1945).
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press, Princeton.