

de estas cuestiones si la relacionamos con la variable edad. He evitado conscientemente plantear la pregunta «¿para qué nivel de inteligencia?», ya que si en algún momento es necesario hacerlo depende de las respuestas que se hayan dado a las cuestiones anteriores. Es preciso analizar los presupuestos sociales subyacentes a la organización, distribución y evaluación de los conocimientos porque es falso pensar que existe una respuesta única a estas cuestiones. Las relaciones de fuerza existentes en el exterior de la escuela influyen en la organización, la distribución y la evaluación de los conocimientos a través del contexto social en el que se transmiten. La definición de aptitud escolar es en sí misma, en cualquier momento que se formule, una consecuencia indirecta de estas relaciones de poder.

Estas cuestiones, lejos de hacernos eludir el pasado o delimitar nuestras perspectivas a un presente inmediato, nos invitan más bien a analizar la pregunta de Robert Lynd: «conocer ¿para qué?». La respuesta no puede formularse en los siguientes términos: cuando el niño tenga seis años debe saber leer, contar y escribir. No sabemos de qué es capaz un niño, del mismo modo que no tenemos tampoco una teoría que nos permita crear situaciones óptimas de aprendizaje; incluso si esta teoría existiese es muy poco probable que dispusiésemos de medios suficientes para ponerla en práctica a la escala requerida. Podría muy bien ocurrir que uno de los test de un sistema educativo sea que sus resultados son relativamente imprevisibles.

(Traducido por Julia Varela)

En Wright Mills, C., Foxworth, M., Pollack, P., Marcuse, H., Habermas, J., Ells, N., et al. (1986). *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

DE LA PELIGROSIDAD AL RIESGO

Robert Castel

Desearía proponer algunas reflexiones acerca de las estrategias preventivas que se desarrollan en la actualidad, especialmente en los Estados Unidos y en Francia, ya que dichas estrategias me parecen profundamente innovadoras si se las sitúa en relación a la tradición de la medicina mental y del trabajo social. Estas innovaciones, expresadas brevemente, consistirían en lo siguiente: las nuevas estrategias implican la disolución de la noción de *sujeto* o de individuo concreto que es reemplazado por una combinación construida de *factores*, los factores de riesgo. Si lo dicho hasta aquí es exacto semejante transformación tiene importantes implicaciones en la práctica. El momento esencial de la intervención deja de ser una relación directa, un cara a cara, por ejemplo, entre un terapeuta y un paciente, un asistente y un asistido, un profesional y su cliente. El acento principal del proceso recae así en la construcción de un flujo de población a partir de la articulación de factores abstractos que son susceptibles de *producir un riesgo*. Este desplazamiento supone un desequilibrio entre, por una parte, el punto de vista de los técnicos y, por otra, el de los administradores que definen y ponen en práctica las políticas sanitarias. Los primeros se ven subordinados a los segundos, y una política de gestión puede autonomizarse completamente hasta el punto de escapar totalmente al control de los trabajadores del terreno que se convierten en

simples ejecutores. Pero estas implicaciones prácticas podrían prolongarse también en implicaciones políticas si es cierto que, como intentaré esbozar, estas nuevas fórmulas de gestión de las poblaciones parecen inscribirse en un plan de gobernabilidad característico de las sociedades actuales.

Como sucede con todas las transformaciones importantes, ésta supone también una lenta evolución previa de las prácticas que, en un momento dado, supera el umbral y se presenta entonces bajo la forma de una mutación. Así, toda la medicina moderna se ha visto arrastrada por una lenta corriente en función de la cual la multiplicación de los «exámenes» tiende, en último término, a economizar el encuentro entre el práctico y su cliente. El examen del paciente tiende a convertirse en el examen de sus historiales tal y como éstos han sido establecidos en diversas situaciones por profesionales diferentes (los diferentes especialistas) los cuales no tienen ninguna relación entre sí, si exceptuamos la común circulación de los historiales. Es lo que Balint denominaba «la colisión del anonimato». El momento sintético del diagnóstico ya no es la relación concreta con la persona enferma, sino la relación establecida entre los diferentes exámenes periciales que constituyen su historial. Se produce entonces el paso de la presencia a una memoria, de la mirada a la acumulación objetiva de datos. Crisis de la clínica, si se quiere, entendida como crisis de la relación personalizada entre un profesional y su cliente, o mejor, paso de una clínica del sujeto a una clínica epidemiológica: el examen pericial puntual y diversificado sustituye a la relación concreta médico-enfermo. No se trata, sin duda, del final de la medicina, pero significa con toda seguridad una profunda transformación de sus formas de ejercicio.

Una tal redefinición del mandato médico alimenta, desde hace una veintena de años, las discusiones que giran en torno a la evolución de la medicina y la búsqueda de soluciones o de paliativos para controlar sus contra-finalidades (grupo Balint, medicina de grupo, tentativas de rehabilitación del médico generalista, etc.). Esta redefinición reposa por otra parte sobre un conjunto de condicio-

nes objetivas y precisas que, a su vez, han sido bastante bien estudiadas: evolución de las tecnologías de cura en un sentido cada vez más «científico», importancia creciente del hospital en tanto que espacio privilegiado de emergencia y ejercicio de una medicina de vanguardia, etc. En el campo de la medicina mental, la discusión, sin embargo, ha avanzado menos: continúa desarrollándose como si lo esencial de los envites de la práctica cristalizasen todavía en la relación terapéutica, ya se trate, como piensan en general los profesionales que la ejercen, de mejorarla o de ajustarla a situaciones cada vez más complejas enriqueciéndola con nuevas aportaciones, ya se trate de denunciar las situaciones no terapéuticas de represión o control, por ejemplo, que se derivan de esta relación. Podría ocurrir, no obstante, que esta problematización sin estar completamente superada no esté a la altura de las innovaciones más recientes que están en vías de transformar el campo de la medicina mental. Esto es al menos lo que yo quería sugerir aquí, contentándome con delimitar el itinerario que, a través de una centena de años, ha conducido a reemplazar la noción de peligrosidad por la de riesgo en tanto que blanco privilegiado de las estrategias preventivas¹. «De la peligrosidad al riesgo». ¿Qué significa esto desde un punto de vista histórico, teórico y práctico?

Las aporías de la peligrosidad

Para la psiquiatría clásica, el «riesgo» se presentaba esencialmente bajo la forma del peligro que encarnaba el enfermo mental susceptible de realizar un acto imprevisible y violento. La peligrosidad es una noción bastante misteriosa y profundamente paradójica, puesto que implica al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una

¹ He intentado una explicación más sistemática de esta nueva problemática en *La gestión des risques*. Ed. de Minuit, París, 1981 (traduc. castellana en la Ed. Anagrama, Barcelona) y en particular en el tercer capítulo, «La gestión previsor».

cualidad immanente al sujeto (es peligroso) y una simple probabilidad, un dato aleatorio, puesto que la prueba del peligro no se tendrá más que a destiempo, es decir, cuando el acto se haya efectivamente realizado. Hablando con precisión, sólo existen *imputaciones de peligrosidad*, es decir, la hipótesis de que existe una relación más o menos probable, entre tales o cuales síntomas *actuales*, y tal o cual acto futuro. Incluso si se teme una recaída, existe siempre un coeficiente de incertidumbre entre el diagnóstico de peligrosidad y la realidad del paso al acto. Por ejemplo, decir de alguien que es «monomaniaco» o «perverso instintivo» significa ya suponer un riesgo, pero un riesgo que, paradójicamente, se supone que reside en un sujeto incluso cuando, como ocurre con frecuencia, no se ha manifestado todavía de hecho. De aquí se deriva la *imprevisibilidad* de la manifestación patológica: todos los alienados, incluso aquellos que parecen tranquilos, son portadores de una amenaza, pero la realización de dicha amenaza sigue siendo aleatoria. «Inofensivos hoy, pueden convertirse en peligrosos mañana»?

Frente a esta aporía que fue un poco la cruz de la medicina mental clásica, los psiquiatras han escogido en general esa forma paroxísmica de prudencia que es el intervencionismo. En caso de duda, más vale actuar, puesto que si se comete un error al intervenir sin razón, sin duda no se sabrá jamás («siempre podría haber cometido tonterías»), mientras que si uno se abstiene y el acto se produce, la falta es manifiesta y el psiquiatra es el responsable. Baste como muestra este comentario de un alienista del siglo XIX al leer uno de esos sucesos completamente cogido con alfileres y montado complacientemente por la prensa en el que se relata uno de esos tránsitos al acto imprevisible y violento: «si no se esperase, para encerrar a un alienado, a que hubiese cometido algún crimen o delito de cierta

² Doctores Constant, Lunier y Dumesnil, *Rapport général a Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés*, en 1874, París, 1878, p. 67.

gravedad, no tendríamos que deplorar todos los días semejantes accidentes»?

Pero, ¿se puede fundar sobre estas bases una verdadera política preventiva? Esta ha de ser necesariamente muy burda, ya que no puede anticipar más que pasos individuales al acto realizados por sujetos que han podido ser, en un principio, diagnosticados como peligrosos. De aquí se deriva la doble limitación inherente a las posibilidades de error que implican siempre tales diagnósticos y al hecho de que éstos no pueden recaer más que golpe a golpe sobre sujetos individuales. Esta es la razón por la que la psiquiatría clásica no ha podido disponer más que de una tecnología preventiva en sí misma poco elaborada, a saber, el encierro y la esterilización. Encerrar, es decir neutralizar, si es posible, *por adelantado* a un individuo supuestamente peligroso. En este sentido no es exagerado decir que las grandes leyes sobre el internamiento obligatorio, tales como la ley francesa de 1838 o la italiana de 1904, son leyes preventivas, ya que, a partir de una señal de alarma que consiste en la percepción de un síntoma patológico por el entorno, el enfermo es autoritariamente transplantado a un medio nuevo, el manicomio, en el que se verá sistemáticamente impedido para desarrollar la amenaza de que es portador.

No obstante, independientemente de las reservas morales o políticas que se pueden hacer sobre el empleo de esta estrategia, se puede comprobar que *técnicamente* no es muy satisfactorio, ya que implica un elemento arbitrario que limita considerablemente las posibilidades de aplicación. No se puede encerrar a una gran cantidad de gente por una simple sospecha de peligrosidad, aunque sólo sea porque el coste económico de esta operación sería enorme y desproporcionado respecto a los riesgos que hay que prevenir. Por ejemplo, en un país como Francia, el número de

³ L. LUNIER, *Revue médicale des journaux judiciaires, Annales médico-psychologiques*, 1848, VIII, p. 259. Los *Annales* presentan noticias regulares de estos hechos. Proporcionan «reflexiones» que subrayan a un tiempo la incomodidad del psiquiatra frente a ellos y la necesidad de una vigilancia con finalidad preventiva.

enfermos internados se ha mantenido en torno a 100.000, lo que puede parecer mucho y al mismo tiempo muy poco si se considera el número de peligros a «prevenir». Estos límites del encierro se han hecho cada día más evidentes a medida que la peligrosidad —en una línea que comienza con la monomanía y la «locura sin delirio», y engloba progresivamente toda una patología proteiforme de la voluntad y del instinto— se convierte en una noción cada día más polivalente, teniendo en cuenta las causas insondables y las manifestaciones imprevisibles. Esos múltiples anormales «demasiado lúcidos para las casas de alienados, insuficientemente responsables para las prisiones ¿no son, sobre todo, demasiado maleantes para ser dejados en libertad?». ¿Qué se puede hacer entonces?

Los psiquiatras más conscientes se dieron muy pronto cuenta de la trampa en que podía encerrarlos esta propensión a hacer de la peligrosidad una cualidad inherente al sujeto. Así, desde mediados del siglo XIX, el psiquiatra francés Morel, conocido sobre todo por ser el descubridor del concepto de degeneración, propone un «punto de vista higiénico y profiláctico» al tener en cuenta la *frecuencia* de las enfermedades mentales y de otras anomalías en las capas más desfavorecidas de la población. Morel pone en relación esta frecuencia con las condiciones de vida del subproletariado tales como la desnutrición, el alcoholismo, las características condiciones del hábitat, la promiscuidad sexual. Al realizar esto razona ya en términos de *riesgos objetivos*, es decir de correlaciones estadísticas entre series de fenómenos. A nivel práctico, sugiere, asimismo, a los poderes públicos que procedan a una vigilancia especial «de las poblaciones de riesgo» que son, por supuesto, las que se encuentran en lo más bajo de la escala social⁴. Morel

⁴ P. SÉRHUX, L. LIBERT, *Les lettres de cachet "prisonniers de famille" et "placements volontaires"*, Gand, Vander Haeghen, 1912, p. 12.

⁵ Cf. la carta que Morel envía al prefecto del distrito Sena-Inferior para solicitar su ayuda a fin de «penetrar en el interior de las familias, ver de cerca los modos de vida de los habitantes de una localidad, conocer su higiene física y moral». «Esto es, dice, como puede comprenderse

conecta así, por otra parte, con la tradición del higienismo médico que floreció en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII y respecto al cual el alienismo se había desviado al concentrar lo esencial de sus prácticas en el manicomio.

Morel, sin embargo, no puede ir muy lejos en esta vía preventiva, ya que no dispone para ello de técnicas específicas. Intervenir significa siempre para él entrar en contacto o hacerse cargo directamente de individuos singulares. Habla así de «tratamiento moral generalizado» para referirse a las nuevas prácticas preventivas que intentan promover, como si bastase con extender y multiplicar un mismo modo de acción, el tratamiento moral, que en esa época se impuso a través de la terapia a los individuos. Establece claramente la distinción entre «una profilaxis defensiva» (el internamiento) y una «profilaxis preservadora». Esta última consiste, sin embargo, únicamente en «intentar modificar las condiciones intelectuales, físicas y morales de aquellos que, por motivos diversos, han sido separados del resto de los hombres; dicha profilaxis debe proporcionarles armas por así decir contra ellos mismos, antes de devolverlos al medio social, con el fin de atenuar el número de recaídas»⁶. En otros términos, esta «profilaxis preservadora» no se aplica todavía más que concretamente a poblaciones que responden al encierro tradicional. Morel no puede sacar partido de sus intuiciones tan modernas al carecer de una tecnología de intervención adecuada.

A decir verdad, se puede ver emerger, en continuidad con Morel y su descubrimiento de la degeneración, la posibilidad de una estrategia preventiva diferente que culmina a

fácilmente, una misión delicada y que no puede realizarse si no es bajo la protección de la autoridad. No creo que se pueda de otra forma llegar a hacer la estadística moral de este importante distrito y proporcionar así a la autoridad documentos útiles acerca de las causas del aumento de alienados y sobre los más adecuados medios higiénicos y profilácticos para prevenir tan importante enfermedad» (Carta reproducida en B. MOREL, *Le non-restraint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, París, V. Masson, 1860, p. 103).

⁶ B. MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, París, J. B. Baillière, 1857, p. 691.

comienzos del siglo XX en las políticas eugenésicas. El eugenismo comienza también a razonar más bien en términos de riesgo que de peligro: el objetivo de una intervención regida por el principio de la preservación de la raza consiste mucho menos en tratar a un individuo particular que en impedir que se transmita a su descendencia la amenaza de la que es portador. Y así, esa medida profiláctica que es la esterilización fue susceptible de aplicaciones a un tiempo más amplias y más drásticamente preventivas que el encierro, ya que la esterilización puede suprimir los riesgos futuros y hacerlo según una gama de indicaciones mucho más amplia que la enfermedad mental propiamente dicha. Una voz tan autorizada como la del presidente de la *American Psychiatric Association* declaraba en 1914: «Una curación radical de los males que se derivan de la asistencia a una clase de deficientes sin recursos se llevaría a cabo si todos los débiles de espíritu, los alienados incurables, los epilépticos, los imbeciles, los criminales contumaces, aquellos que sufren manifestamente una carencia de la voluntad y todos los borrachos inveterados fuesen esterilizados, esta proposición resulta evidente por sí misma. Por estos medios podríamos acabar casi totalmente, si no absolutamente, en uno o dos decenios, con la reproducción de los deficientes psíquicos con tanta seguridad como podríamos erradicar la viruela si cada persona en el mundo pudiese ser vacunada con éxito»⁷.

De hecho nos olvidamos con frecuencia de que las prácticas eugenésicas se han visto ampliamente extendidas en el primer tercio de este siglo y que incluso en un país tan afamadamente «liberal» como los Estados Unidos las legislaciones especiales que imponían la esterilización a una amplia escala de sujetos portadores de deficiencias fueron promulgadas en casi todos los Estados⁸. Pero las interven-

⁷ C. F. MACDONALD, Presidential Address, *American Journal of Insanity*, julio, 1914, p. 9.

⁸ A título de ejemplo, baste mencionar la ley proclamada en Missouri en 1923: «Cuando alguien haya sido acusado de asesinato (salvo si lo cometió por impulso de la pasión), de violación, de robo a mano armada, de robo de gallinas, de uso de explosivos, o de robo de automóviles, el juez

ciones eugenésicas se han visto frenadas por la crisis del fundamento «científico» que en teoría las justificaba. Tales intervenciones postulaban a la vez que el carácter hereditario de los riesgos a prevenir era fundado, así como su transmisión lo que, en la mayoría de los casos, distaba de haber sido probado. Y la versión monstruosamente caricaturesca que sobre este asunto ha proporcionado el nazismo más tarde ha contribuido también a desacreditar moral y políticamente estas técnicas que, sin esta peripecia trágica, hubieran gozado, sin duda, de un hermoso futuro. Por otra parte fue, que yo sepa un médico francés, el primero —desde 1918— que propuso la constitución de un «Instituto de eutanasia en donde los degenerados cansados de la vida serían anestesiados hasta la muerte con ayuda de protóxido de nitrógeno y gas hilarante»⁹.

Pero si la vía eugenésica de la prevención se encuentra de este modo desacreditada —definitiva o provisoriamente es otra cuestión— ¿cómo se va a poder prevenir sin verse obligado a encerrar? Se corre el riesgo de verse obligado a retroceder a la posición de Morel, quien había visto bien la necesidad de intervenir *in vivo* sobre las condiciones susceptibles de producir riesgo, pero quien no disponía de técnicas para instrumentalizar en la práctica dicha exigencia. Un siglo después de Morel, esta ambigüedad sigue caracterizando todavía la tradición americana de la *preventive psychiatry* basada en los trabajos de Gerald Kaplan¹⁰. Una vez más se trata de *extender la intervención del psiquiatra*, otorgándole nuevos papeles, convirtiéndolo en un consejero de los responsables políticos o en un auxiliar de los diferentes gestores con responsabilidades administrativas. Sirva de ejemplo este texto-programa: «El

que instruye el caso designará inmediatamente a un médico competente que resida en la región en la que tuvo lugar el delito, para realizar sobre el condenado la operación llamada vasectomía o salpingectomía a fin de esterilizarlo de modo que el poder de procrear le sea retirado para siempre» (*Missouri State Legislature*, House Bill, n. 290).

⁹ Dr. BINET-SANGLE, *Le baras humain*, París, 1918, p. 142.

¹⁰ G. KAPLAN, *Principles of Preventive Psychiatry*, Londres, Basic Books, 1960.

especialista de la salud mental ofrece sus servicios a los legisladores y a los administradores y colabora con los otros ciudadanos para estimular a los servicios gubernamentales a cambiar las leyes y los reglamentos. La acción social comprende los esfuerzos para modificar las actitudes generales y el comportamiento de los miembros de la comunidad mediante la comunicación a través del sistema escolar y los medios de comunicación de masas y mediantes la interacción de los profesionales y los comités de usuarios¹¹. A partir de estas bases, Kaplan define un primer significado de la prevención, la «prevención primaria», que es de hecho un verdadero programa de intervención política. ¿Qué es lo que cualifica especialmente al psiquiatra para asumir estas nuevas funciones? ¿Qué nexo de unión existe entre la competencia que el psiquiatra puede reivindicar y la que se le exige para reformar, por ejemplo, la política del hábitat o el sistema escolar? El especialista de la medicina mental que, según expresión de Kaplan, «ofrece sus servicios» en estos campos corre el fuerte riesgo de ver recusada su competencia o, al menos, de chocar con una fuerte concurrencia por parte de otros muchos especialistas que parecen mejor situados que él para tratar estos temas. Así, las esperanzas y los temores que crecieron en torno a una «psiquiatría en expansión» y que en ocasiones han conducido a denunciar los riesgos de «un imperialismo psiquiátrico» aparecen, sin duda, como un tanto exagerados al menos si se los considera a este nivel. Otorgan al psiquiatra un poder exorbitante si se tiene en cuenta el lugar real que ocupa en la sociedad y el carácter aleatorio de su saber. El psiquiatra se ve llamado a intervenir sobre una amplia gama de problemas propiamente sociales, mientras que su práctica individual clásica sigue siendo de las más aleatorias. Las tareas del psiquiatra en tanto que *psiquiatra*, es decir, en tanto que interventor *directo* no son susceptibles de una extensión ilimitada. Puede, sin duda, intentar flexibilizar un tanto su papel tradicional de terapeuta, pero no puede diversificarlo hasta

¹¹ G. KAPLAN, *Principles of Preventive Psychiatry*, op. cit., p. 59.

el infinito, mientras permanezca ligado al carácter relacional de su práctica.

El nuevo espacio del riesgo

Estos límites se ven superados si se rompe esa relación *directa* con el sujeto asistido, característica de las formas clásicas de asistencia, no solamente de la psiquiatría, sino también de todas las profesiones del trabajo social. De repente se disocian claramente el papel técnico del práctico y el papel gestor del administrador. Este salto es posible a partir del momento en el que se *autonomiza la noción de riesgo respecto a la de peligro*. Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o *factores* que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables.

Por ejemplo, desde 1976 funciona en Francia un sistema generalizado de detección de las anomalías de la infancia que se denomina el sistema GAMIN (Gestión Automatizada Maternal e Infantil)¹². Esto significa que *todos* los niños que

¹² En los Estados Unidos, desde 1969, el presidente Nixon reclama el parecer del Secretario (Ministro) de Salud, de Educación y de Asistencia sobre un Informe que él había solicitado en el que se proponía que el «Gobierno examine en masa a todos los niños entre 6 y 8 años para descubrir a aquellos que tienen tendencias violentas u homicidas». Los sujetos «con tendencias delincuentes» recibirían un tratamiento correctivo que podría ir desde darles consejos o proporcionarles tratamiento psicológico hasta enrolosarlos por la fuerza en campos especiales. El Ministro respondió por mandato del Director del *National Institute of Mental Health* que las tecnologías de diagnóstico precoz no estaban suficientemente elaboradas para que sus resultados fuesen creíbles (citado por P. SCHRAG y D. DIVOKY, *The Myth of Hyperactive Children*, Nueva York, 1975, p. 18). Si en los Estados Unidos se realizan exámenes sistemáticos éstos se llevan a cabo sobre grupos limitados, percibidos como portadores de riesgos especiales. Parece que habría que atribuir «el avance» de Francia en estos ámbitos a la estructura centralizada del poder que permite inmediatamente la planificación nacional de las decisiones administrativas. Señalo que en junio de 1981 (la fecha no es fortuita ya

nacen son sometidos a exámenes sistemáticos (concretamente tres: a los pocos días de nacer, a los pocos meses y a los dos años). Estos exámenes detectan todas las anomalías posibles del niño y de la madre que pueden ser de naturaleza física, psíquica o social. Por ejemplo, se registran determinadas enfermedades de la madre tales como deficiencias psíquicas, pero se registran también ciertas características sociales, tales como el hecho de ser madre soltera, menor o de nacionalidad extranjera. Estos datos pueden ser interrelacionados, es decir, se pueden reagrupar factores totalmente heterogéneos entre sí. Por ejemplo se puede ser hijo de madre soltera que tiene menos de diecisiete años o más de cuarenta, que ha padecido un cierto número de enfermedades o tenido embarazos anteriores difíciles, que es obrera agrícola o estudiante.

La presencia de un conjunto o de determinados factores de riesgo desencadena automáticamente una señal. En otras palabras, un especialista, por ejemplo, un trabajador social, es enviado a visitar a la familia para confirmar o no la presencia *real* de un peligro a partir de la existencia *probabilística y abstracta* de riesgos. No se *parte* de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se *deduce*, de algún modo, a partir de una definición general de los peligros que se quieren prevenir.

Estas políticas preventivas promueven en consecuencia una *nueva modalidad de la vigilancia*: la detección sistemática. Existe vigilancia en el sentido de que el objetivo que se pretende es el de anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable: enfermedad, anomalía o comportamiento desviado. Pero esta vigilancia economiza la presencia real, el contacto, la relación recíproca entre el vigilante y el vigilado, el guardián y el guardado, el curador y el curado. Esta copresencia, aunque existiese sólo bajo la forma

que es inmediatamente posterior el cambio de la mayoría presidencial en Francia) la Comisión «Informativa y Libertades» emitió un voto de censura en relación al sistema GAMIN. Pero esta condena se centró en la amenaza que este sistema implica para las libertades individuales al no respetar el anonimato en su forma de proceder, pero no condena el propio dispositivo tecnológico.

sublimada de la mirada, constituía una exigencia de todas las técnicas disciplinarias, asistenciales o terapéuticas clásicas (véase el modelo del Panóptico tal y como ha sido analizado por Michel Foucault¹³). Incluso bajo las formas más colectivas, impersonales y represivas, en los cuarteles, fábricas, prisiones, internados y hospitales psiquiátricos, las operaciones que tenían por finalidad corregir y detectar las desviaciones de comportamiento mantenían esta referencia a la presencia «en carne y hueso» y, en suma, a una cierta forma de individualización.

Pero desde ahora la vigilancia puede ejercerse al margen de todo contacto e incluso de toda representación directa de los sujetos a vigilar. Sin duda, la policía elabora desde hace tiempo fichas secretas. Pero la lógica de elaboración de los historiales subterráneos se ha convertido en la forma sofisticada y, además orgullosa de serlo, de la detección «científica». Nos encontramos, a mi parecer, ante una verdadera mutación que puede proporcionar una extensión extraordinaria a las nuevas tecnologías de vigilancia. Intervenir ya no consiste, al menos en un primer momento, en tener por blanco a un individuo concreto para reformarlo, corregirlo, castigarlo o curarlo (tanto si se interpretan estas intervenciones de un modo positivo siguiendo la tradición de la filosofía caritativa, aunque prepotente, o de un modo negativo siguiendo la tradición de la crítica antirrepresiva). De hecho, no existe una relación de immediatez respecto a un sujeto *porque ya no hay sujeto*. Lo que tratan estas políticas preventivas ante todo, no son ya a los individuos, sino factores, correlaciones estadísticas de elementos heterogéneos. Descomponen al sujeto concreto de la intervención y reconstruyen una combinatoria de todos los factores susceptibles de producir riesgos. Su primer objetivo no consiste en hacer frente a una situación peligrosa concreta, sino en anticipar todas las figuras

¹³ M. FOUCAULT, *Surveiller et punir*, París, Gallimard, 1975, y en concreto III, capítulo 3. (traducción Ed. Siglo XXI), así como *El ojo del poder en El Panóptico*. Ed. de la Piqueta, Madrid.

posibles de irrupción del peligro. «Prevención» que eleva, en efecto, la sospecha a la dignidad científica de un cálculo de probabilidades. Para ser sospechoso ya no es necesario manifestar síntomas de peligrosidad o de anomalía, basta con presentar algunas particularidades que los especialistas, responsables de la definición de una política preventiva, han instituido en factores de riesgo. La concepción de la prevención que se contentaba con prever la realización de un acto particular parece arcaica y artesanal si se la compara con esta que pretende *construir* las condiciones objetivas de aparición del peligro para *deducir* de ellas nuevas modalidades de intervención.

En suma, este espacio generalizado de factores de riesgo mantiene respecto al espacio concreto de la peligrosidad, la misma relación que el espacio generalizado de las geometrías tiene respecto al espacio de tres dimensiones de la geometría euclidiana, y esta generalización abstracta y *abstractivante* que marca el paso de la peligrosidad al riesgo implica una multiplicación potencialmente infinita de posibilidades de intervención. En efecto, ¿cuál es la situación de la que se puede estar seguro que no comporta riesgos, es decir, algún *alea*, algún elemento incontrolable o imprevisible?

Las ideologías modernas de la prevención están sobrecargadas de una gran ensoñación tecnocrática, racionalizadora, que pretende el control absoluto del accidente concebido éste como irrupción de lo imprevisible. En nombre del mito de la erradicación total del riesgo tales ideologías construyen en su propio provecho un enjambre de nuevos riesgos que, a su vez, se convierten en blancos de intervenciones preventivas. Conjunto de riesgos entre los que están, no sólo esos peligros adheridos al interior del sujeto, como si fuesen la consecuencia de las debilidades de su voluntad, de la irracionalidad de sus deseos o de la imprevisibilidad de su libertad, sino también las amenazas exógenas, las tentaciones exteriores, de las cuales no ha sabido librarse: el alcohol, el tabaco, los malos hábitos alimenticios, los accidentes de carretera, las incidencias y las poluciones de todo tipo, los *aleas* meteorológicos y así

sucesivamente¹⁴. De este modo una gran utopía higienista juega al mismo tiempo alternativamente sobre los registros del miedo y de la seguridad para imponer un delirio de racionalidad descarnada, el reino absoluto de la razón calculadora y el poder no menos absoluto de sus agentes, planificadores y tecnócratas, administradores de la felicidad de una vida en la que no sucede nada. Hiperracionalismo que es al mismo tiempo un pragmatismo en primer grado, ya que pretende erradicar el riesgo como si se tratara de arrancar una mala hierba. Pero, a través de las múltiples expresiones de esta buena conciencia preventiva tan hipertrofiada en este momento —no olvidemos las grandes campañas de prevención— no se encuentra rastro de una reflexión sobre el coste social y humano de esta nueva caza de brujas. Ni rastro de una reflexión sobre los *aspectos iatrógenos de la prevención* que, sin embargo, están siempre presentes incluso cuando se trata de atacar al consumo de productos tan «sospechosos» como, por ejemplo, el alcohol y el tabaco.

Implicaciones prácticas y políticas

Incluso poniendo entre paréntesis estas implicaciones generales, podemos comenzar a extraer de estas transfor-

¹⁴ Recientemente ha tenido lugar un coloquio sobre la prevención de los efectos de los temblores de tierra en la Costa Azul en el que los expertos se mostraron indignados por el hecho de que este problema no había recibido aún la atención que merecía. Se comprende así como la escenificación de un «riesgo» cuya existencia es quizá real, pero totalmente aleatorio en sus efectos, imprevisible en su irrupción e incontrolable en lo que se refiere a sus orígenes, puede dar lugar a una maquinaria que por su parte puede gozar de una existencia bien real al suscitar la creación de un cuerpo de expertos, al modificar las normas y los costes de la construcción, interviniendo sobre el flujo del turismo, etcétera, por no decir nada de la cultura de la angustia o al menos de la ansiedad que suscita el hecho de desenterrar riesgos hasta el infinito en nombre de una representación mitológica de la seguridad absoluta. Pero es cierto que la cultura de la ansiedad segrega la apertura de un mercado de remedios para la ansiedad, del mismo modo que la cultura de la inseguridad justifica una política prepotente de la seguridad.

maciones un cierto número de consecuencias prácticas y prosaicas. Me limitaré aquí a dos que me parecen especialmente importantes.

I. Disociación del diagnóstico y el tratamiento y transformación de la actividad terapéutica en actividad de examen pericial.

Tanto si se cree que se trata de un bien, como si se piensa que se trata de un mal, la voluntad de una atención lo más completa posible a las poblaciones concernidas ha caracterizado hasta el presente la tradición de la medicina mental, más ampliamente, del trabajo social y de la asistencia en general. Para la psiquiatría, esta voluntad se realizó, en primer lugar, bajo la forma simple y neta del encierro: recibir el diagnóstico de enfermedad mental equivalía al encierro en una institución especial o manicomio en la que el cuidado fuera tan completo que con frecuencia se prolongaba durante toda la vida. Pero en la psiquiatría moderna, bajo sus formas comunitarias de ejercicio, la noción esencial de *continuidad de cura* retoma de nuevo esta vocación global: un mismo equipo médico-social, a pesar de la diversidad de los lugares en los que ejerce, debe asegurar el conjunto de intervenciones que se efectuarán sobre un sujeto, desde la prevención hasta la postcura. Tal es la idea básica de la doctrina del sector que constituye la política oficial de la salud mental en Francia. Lo mismo ocurre con el movimiento de las *Community Mental Health Centers* en los Estados Unidos. Se podría añadir que el psicoanálisis tampoco ha roto con esta tradición, puesto que, como es sabido, sigue durante años a su cliente a través de las diferentes peripecias de la cura y regula su vida al ritmo de sus «sesiones», asegurando así a su manera una continuidad de la asistencia.

Pues bien, en la actualidad, este *régimen continuo de asistencia* no ha desaparecido, pero ya no representa el modelo prácticamente exclusivo de la práctica médica-psicológica. La evaluación médico-psicológica funciona, en

un número creciente de situaciones, como una *actividad pericial* que sirve *para marcar* a un individuo y construirle un *perfil* que va a colocarlo en una *filial*. Pero la asistencia no se sitúa necesariamente en la continuidad de esta evaluación. Tal es, por ejemplo, la lógica de la importante ley denominada «en favor de las personas deficientes» que ha sido votada en Francia en 1975 y que concierne aproximadamente a dos millones de individuos.

Esta ley instituye comisiones provinciales (una para niños y otra para adultos) ante las cuales pasa la totalidad de los sujetos que solicitan, o para quienes se solicita, una ayuda económica y/o una plaza en una institución especializada. Estas comisiones trabajan sobre historiales elaborados por comisiones técnicas aún más especializadas. Los representantes de las diferentes administraciones son mayoritarios en las comisiones provinciales, mientras que los técnicos lo son en las comisiones especializadas. Las comisiones provinciales tienen poder decisorio a la hora de definir una deficiencia. Como dijo la señora Simone Veil, entonces ministro de salud, durante la discusión del proyecto de ley ante el Senado, «en lo sucesivo será considerada deficiente toda persona reconocida como tal por las comisiones provinciales previstas por los artículos 4 para los menores y 11 para los adultos del proyecto» (*Boletín Oficial*, 4 de abril de 1975).

El diagnóstico de deficiente permite distribuir los sujetos concernidos en circuitos especiales que no son necesariamente circuitos médicos. Por ejemplo, un deficiente será enviado a un taller protegido o a un Centro de ayuda para el trabajo (CAT), es decir, a un establecimiento que no tiene ningún carácter médico y donde el deficiente no es «curado», sino invitado a trabajar de un modo menos competitivo que el que reina en las empresas ordinarias de producción. «Desmedicalización» o «despsiquiatrización» si se quiere, pero que se ve reemplazada por una medida de *asignación administrativa* que con frecuencia interviene sobre la base de un diagnóstico médico-psicológico. Esta ley tropieza en Francia con una oposición cada vez más decidida por parte de una mayoría de prácticos que son perfectamente conscientes de

que implica para ellos un riesgo mortal. No obstante la intervención del práctico permanece siendo esencial para el funcionamiento del proceso, puesto que es su examen pericial el que marca el destino del individuo deficiente. Sin embargo, su intervención ha cambiado de finalidad: mientras que sigue siendo indispensable en tanto que evaluación puede convertirse en superflua respecto al proceso de asistencia. Dicho de otro modo, un número creciente de sujetos deben seguir siendo *visitos* por los especialistas de los saberes médico-psicológicos cuya intervención continúa siendo requerida para evaluar sus capacidades (o su incapacidad). Pero, una vez *visitos* los individuos dejan de tener que ser *seguidos* por estos especialistas. Nos encontramos así más allá del problema de la cura, de la asistencia (o, en su versión crítica, más allá de la represión y del control). Se está en una perspectiva de *gestión autonomizada* de las poblaciones sobre la base de perfiles diferenciales que son trazados para ellas a partir de diagnósticos médico-psicológicos que funcionan como meros exámenes periciales. Sin duda, no hemos terminado aún de percibir la envergadura de tal mutación.

2. Subordinación completa de los técnicos a los administradores.

El conflicto entre administradores y prácticos goza también de una vieja tradición en las profesiones de la salud mental y del trabajo social. Existe incluso, en toda la literatura profesional, el *leit-motiv* de convertir las exigencias administrativas en el principal obstáculo al desarrollo de una actividad terapéutica o asistencial digna de tal nombre: el gestor es siempre aquel que rechaza al práctico los medios de su acción, quien obstaculiza las iniciativas mediante minuciosos reglamentos, quien impone funciones de control y de represión.

Pero en el sistema clásico, esta composición de puntos de vista se juega entre dos interlocutores más o menos iguales o, al menos, entre los que cabe la negociación, los compromisos

e incluso las alianzas sobre la base de un reparto de responsabilidades. Se puede intentar seducir o neutralizar a un administrador; se puede intentar sortear un reglamento o sacarle partido; influir o intimidar a un gestor. Aún más, las políticas de salud mental se han construido siempre, desde los orígenes de la psiquiatría hasta hoy, mediante un crucigrama o, si se prefiere, a través de una relación dialéctica entre las aportaciones de los prácticos, por una parte, y las de los administradores, por otra. En la elaboración de estas políticas, a despecho de las diferencias que sientan sus bases en las distintas épocas históricas o en las disparidades geográficas, se pueden identificar cuatro momentos que se suceden con gran regularidad hasta el punto de que hay motivo para pensar que se trata de una verdadera lógica constitutiva¹⁵.

El primer momento está dominado por los trabajadores del terreno. Prácticos que, cotidianamente enfrentados a dificultades, ponen poco a poco a punto, a base de sucesivos ensayos, una fórmula nueva de organización del terreno del que se han ocupado. Así ocurre con la «inversión» del manicomio sobre el trasfondo del hospital general a principios del siglo XIX, o con la división geográfica para la asistencia de personas con problemas a partir de finales de la segunda guerra mundial: se trata ante todo de reacciones más o menos improvisadas a situaciones concretas que se sistematizan progresivamente.

En un segundo momento, que comienza no obstante bastante pronto, estos profesionales plantean propuestas al poder político-administrativo para solicitar la oficialización de su fórmula. Así ocurre con Esquirol, que escribe en 1819 su célebre Informe al Ministro del Interior sobre el estado de los hospitales para alienados y sobre las reformas a efectuar en ellos. Así sucede también con los profesionales moder-

¹⁵ He intentado poner de manifiesto esta lógica en lo que respecta a la legislación de 1838 y a la política del sector en Francia, en *El orden psiquiátrico* (Ed. de la Piqueta), así como en lo que se refiere al *Community Mental Health Centers and Retardation Act* de 1963 en los Estados Unidos en *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo americano* (Ed. Anagrama).

nistas del *National Institute of Mental Health* en los Estados Unidos, o, con el ala progresista de los psiquiatras franceses de los años cincuenta, que establecen una alianza con la administración democrática o con los preclaros administradores del Ministerio de la Salud.

Tras una serie de idas y venidas se llega a una fase de ajustes recíprocos y compromisos que pueden durar años, e incluso decenas de años, hasta llegar al momento en que finalmente se adopta una decisión oficial que ratifica la nueva política de salud mental. Así ocurrió con la ley de 1838 o con la circular ministerial de 1960 sobre la sectorización, o con el *Community Mental Health Centers and Retardation Act* de 1963 en Estados Unidos que fue apoyado por la autoridad misma del presidente Kennedy. Sobre estas bases médico-administrativas se fundó una nueva fórmula de gestión de poblaciones con problemas. La asistencia a los enfermos mentales o a otros desviados ya no plantea problemas *de principio*, se inscribe en un organigrama coherente de administración que constituye lo que se denomina una política¹⁶.

A partir de aquí se inaugura un cuarto momento que se caracteriza, en líneas generales, por la desilusión de los profesionales. Estos claman contra la traición, contra la desnaturalización de sus intenciones humanistas en provecho de exigencias puramente burocráticas o, si se prefiere,

¹⁶ La ley de 1838, por ejemplo, resuelve la contradicción existente entre la imposibilidad de encerrar a los enfermos mentales considerados peligrosos apelando a la vía judicial —no se podía emplear esta vía dado que eran penalmente irresponsables— y la necesidad de encerrarlos para salvaguardar el orden público. La nueva legitimidad médica, bajo la forma de «aislamiento terapéutico», asegura un secuestro tan riguroso como el encarcelamiento, pero justificado en lo sucesivo por su finalidad terapéutica. El alienado se ve dotado de un estatuto legal y civil, posee un lugar específico en «el establecimiento especial» e incluso las modalidades financieras de un tratamiento están previstas en el marco de la ley. Pero este dispositivo completo, que permite desde entonces administrar la locura, ha sido posible gracias a más de treinta años de prácticas de transformaciones hospitalarias que comienzan con Pinel en Bicêtre, y después en la Salpêtrière para convertirse luego en una bola de nieve.

represivas. Denuncian los sabotajes administrativos, la mala voluntad de los Ministerios, el hecho de que les sean rechazados los instrumentos de su política. Olvidan que una ley no tiene necesariamente que ser aplicada hasta sus últimas consecuencias para cumplir lo esencial de su función: asegurar las condiciones de una gestión coherente de un problema espinoso, tanto a nivel administrativo como jurídico, institucional y financiero. Olvidan también que incluso cuando están decepcionados y cuando sus intenciones han sido deformadas, su práctica ha proporcionado una ayuda esencial para la construcción del dispositivo.

Tal era hasta el presente, esquemáticamente, la estructura de la relación existente entre prácticos y administradores contemplada en su dimensión política. Algunas críticas recientes a la psiquiatría han desviado, sin duda, un tanto el problema al convertir a los profesionales de la salud mental en simples agentes del poder de Estado. Estos profesionales han recibido ciertamente un mandato oficial, pero sobre la base de una práctica que no consiste simplemente en la instrumentalización de decisiones administrativo-políticas. La prueba es que algunos de estos profesionales han podido utilizar su poder para conferir otro sentido al mandato recibido e imponer, a partir de las adquisiciones de su propia práctica, una subversión de la antigua legalidad. Tal ha sido, por ejemplo, la aportación del movimiento democrático italiano de psiquiatría cuya acción ha culminado en 1978 con la aprobación por el Parlamento italiano de la famosa ley 180¹⁷. Pienso, por otra parte, que en la historia de dicho movimiento no se encontrarán muchas dificultades para identificar los cuatro momentos a los que acabo de referirme.

Es precisamente esta relación compleja y conflictiva la que está en vías de saltar hecha añicos con las nuevas tecnologías preventivas. La administración recibe una

¹⁷ Entre otras, la ley 180 programa el cierre de los hospitales psiquiátricos existentes, prohíbe construir otros nuevos y estipula que los estados psiquiátricos agudos deben ser tratados en pequeñas unidades de curación integradas en los hospitales de medicina general.

autonomía prácticamente total, puesto que controla casi absolutamente la nueva tecnología. El práctico aparece entonces como un simple auxiliar del gestor al que proporciona informaciones sobre la base de esta actividad de diagnóstico-examen pericial a la que ya me he referido. Sus informaciones son entonces almacenadas, tratadas y distribuidas en circuitos totalmente desconectados de la práctica profesional, y concretamente gracias a la mediación de la informática. Radica aquí la fuente de un desequilibrio fundamental: la relación que ligaba directamente el hecho de poseer un saber sobre un sujeto y la posibilidad de intervenir sobre él (ya se considere esto como un bien o como un mal) se rompe. Los prácticos están completamente subordinados a los objetivos de una política de gestión, ya no controlan el uso de los datos que producen. Es el gestor quien se convierte en el verdadero «decididor», quien tiene las cartas del juego e impone las reglas. De esta transformación se derivaría, entre otras consecuencias, la imposibilidad de poner en marcha estrategias de lucha tales como las que los profesionales progresistas han desarrollado en Italia desde hace una veintena de años y, en menor grado, en otros países.

¿Hacia un orden post-disciplinario?

Nos podemos preguntar, por último, si estas nuevas orientaciones no inauguran nuevas estrategias de gestión de la población características de las sociedades denominadas «neoliberales». En estas sociedades emergen nuevas formas de control que no pasan ni por la represión ni por el intervencionismo asistencial el cual se había desarrollado especialmente en los años sesenta (cf. en el ámbito de la psiquiatría la política francesa del sector, o el movimiento de las *Community Mental Health Centers* en los Estados Unidos: se trataba de cubrir un máximo de terreno, de abarcar a un máximo de personas a partir del despliegue de un dispositivo unificado y ligado al aparato de Estado). En su lugar, o mejor, a su lado, se constata el desarrollo de

modos diferenciales de tratamiento de las poblaciones que pretenden rentabilizar al máximo lo que es rentabilizable y marginar lo que no lo es. La tendencia que emerge, más que arrancar del cuerpo social a los elementos indeseables (segregación) o reintegrarlos, más o menos a la fuerza, mediante intervenciones correctoras o terapéuticas (asistencia), trata de asignar destinos sociales diferentes a los individuos en función de su capacidad para asumir las exigencias de la competitividad y de la rentabilidad. En último término estamos ante el modelo de una sociedad «dual», una sociedad con doble velocidad, propuesta recientemente por determinados ideólogos: coexistencia de sectores hipercompetitivos que obedecen a las exigencias más implacables de la racionalidad económica y sectores de actividades marginales que sirven de refugio (o de basurero) a aquellos que no pueden entrar en los circuitos de intercambios intensivos. En cierto modo esta sociedad dual existe ya actualmente con el paro, la juventud marginada, las economías sumergidas, pero hasta el presente estos desclasamientos y reclasamientos se han realizado de un modo ciego. Son los efectos incontrolados de los mecanismos de la concurrencia económica, del subempleo, de la adaptación o inadaptación a los nuevos puestos de trabajo, de los disfuncionamientos del sistema escolar. Los esfuerzos de programación que hasta ahora se han intentado se centran más bien en los equipamientos que en los hombres: concentraciones industriales, creación de nuevas fábricas, cierre de empresas no competitivas —sin contar con que el personal se adapte bien o mal, más bien mal que bien, a estas exigencias «objetivas»—.

Pero conviene preguntarse si a partir de ahora no sería *tecnológicamente posible* programar a las poblaciones mismas partiendo de la base de una evaluación de sus rendimientos y sobre todo de sus posibles carencias. Es lo que se hace ya con los deficientes que son colocados en circuitos especiales del llamado trabajo protegido. Se podría hacer exactamente lo mismo con los superdotados que no son, en definitiva, sino deficientes por exceso y que podrían ser orientados y «tratados» por adelantado para ocupar, y el

contrario, las funciones sociales que exigen aptitudes más desarrolladas o más específicas. En general, se puede objetivar cualquier tipo de diferencia y construir sobre esas bases distintos perfiles de población. Esto es técnicamente posible gracias especialmente a la informática. El resto, es decir, el hecho de asignar sobre esas bases un destino especial a ciertas categorías así definidas es un asunto de voluntad política. El hecho de que hasta el presente no haya habido utilizaciones políticamente escandalosas de estas posibilidades no es suficiente para tranquilizarnos totalmente. En la coyuntura actual, y para la mayor parte de los países industrializados, la América de Reagan constituye un ejemplo límite. La crisis del Estado keynesiano lleva consigo no sólo un bloqueo, sino también un retroceso de las políticas de asistencia cuyo desarrollo, hasta estos últimos años, parecía inscrito en el curso de la historia. El hecho de que sea cada vez más problemático promover en las sociedades capitalistas avanzadas un asistencialismo generalizado como respuesta a las contrafinalidades del desarrollo económico y de la organización política de la sociedad, no significa no obstante que se vuelva al *laissez-faire*.

En esta coyuntura, las tecnologías de intervención que permiten *orientar* y *asignar* sin asistir podrían jugar una carta decisiva. Las políticas sociales tradicionales han respetado siempre, aunque la considerasen sospechosa, lo que podría denominarse una cierta naturalidad de lo social: los individuos están inscritos en territorios, pertenecen a grupos concretos, tienen filiaciones, herencias, raíces. Las políticas sociales en ocasiones represivas, pero cada vez más asistenciales, han trabajado hasta el presente esta materia prima para canalizar las energías salvajes, podar los macizos demasiado densos, deshierbar aquí y allí, y, de tiempo en tiempo, transplantar. Pero todas estas medidas más correctoras o reparadoras que preventivas partían de una concepción de los individuos como seres preasignados a un lugar de la geografía social.

El modelado de los flujos de población, a partir de una combinatoria de características cuya elaboración se deriva del método epidemiológico reenvía a una imagen diferente

de lo social: la de un espacio homogeneizado, cruzado por circuitos previamente trazados y en el que los individuos son invitados o incitados a seguirlos según sus capacidades o incapacidades. (Así, la marginalidad misma en vez de ser un territorio inexplorado o rebelde puede convertirse en una zona acondicionada hacia la que se verán orientados los incapaces de adoptar las vías más competitivas). Proyección, por tanto, de un orden más que su imposición *a posteriori*. Esta forma de pensamiento tiene menos por obsesión la disciplina que la eficiencia. Su principal maestro de obras ya no es el práctico que interviene para rellenar fisuras o impedir que se abran, sino el administrador que planifica las orientaciones y les hace corresponder los perfiles humanos. Imagen límite de una prevención perfecta que economizaría a un tiempo la represión y la asistencia, puesto que gestionaría previsoramente las trayectorias sociales a partir de una evaluación «científica» de las capacidades de los individuos. Esto no es por supuesto más que un límite o, si se quiere, un mito, pero cuya lógica está ya presente en las más recientes decisiones adoptadas en nombre de la prevención de riesgos.

(Traducido por Fernando Alvarez-Uría)