

"Tránsitos de una Psicología Social" Compiladoras:
María Ana Folle y Ana Luz Protesoni. Editorial:
Psicolibros Waslala, Montevideo. 2002

Vida cotidiana y salud enfermedad: modalidades de la producción subjetiva

Gabriela Echeverry

Nos proponemos trabajar a partir de estas líneas en las formas subjetivas, vinculadas a la producción de las nociones de salud y enfermedad y las diversas prácticas sociales asociadas que se han ido generando en distintos momentos históricos. A tales efectos iremos abordando los distintos nudos problemáticos que aparecen enunciados en el título de este trabajo: producción de subjetividad, vida cotidiana (a través de sus prácticas sociales), salud enfermedad. Cabe acotar que la intención es desplegar apenas unos trazos posibles, tomar algunas de las múltiples dimensiones que componen tales nudos.

1. La problemática de la producción de subjetividad.

Hablamos de problemática ya que la producción de subjetividad no está planteada como un nuevo objeto de estudio ni como un nuevo territorio disciplinario, sino como un campo de conocimientos que es, a la vez, un campo de problemas. Diremos entonces que la producción de subjetividad es una producción socio-histórica y puede definirse como "un pliegue del afuera en el adentro", tal como fue trabajado por Michel Foucault. Los colectivos sociales están inscriptos en tramas múltiples (palabras, ideas, lógicas de sentido, etc.), las que al plegarse toman una forma particular, produciendo lo que llamamos sujeto. Hablar de subjetividad o de proceso de subjetivación nos lleva entonces a reparar en la problemática del sujeto. Considerando que el sujeto emerge en un campo de fuerzas, el proceso de subjetivación es un proceso de composición con fuerzas del afuera *in virtual* (aquello que denominamos como socio-histórico), que lo producen como tal. La subjetividad no es un adjetivo, está sostenida en una dimensión socio-histórica, por lo que no es posible hablar de *mi subjetividad*. Si quiero hablar de *mi*, podría decir que esta singu-

luridad que soy transita por varias formaciones subjetivas, las que hacen posible que me nomine a mí misma de una determinada manera. De todas formas, el proceso de subjetivación produce un yo capaz de desplegar una autonomía restringida en relación con esas fuerzas exteriores que lo componen, volviéndose así en un objeto pasible del cuidado de sí.

Cuando hablamos de subjetividad entonces hacemos referencia a modos de hacer, sentir, pensar, que se han dado los sujetos humanos en distintos momentos socio-históricos, así como también la forma que han usado para pensarse a sí mismos. Es decir, modos de existencia, y modos de interpretación del mundo. Es importante remarcar la idea central en toda esta problemática, que nos coloca en el sentido del desenclausamiento de los fenómenos psicológicos (previamente ubicados en el terreno de lo subjetivo), del ámbito marplatense del individuo. La producción de subjetividad entonces trasciende el dualismo sujeto-objeto, no es una parte del binomio, aquella que refiere a *mis sentimientos*; sino lo que hace estallar la tensión entre sujeto y objeto: quien define al objeto es el sujeto, lo define nominándolo como no-yo. El objeto está construido por el sujeto y entre ambos no hay más que una frontera abstracta. El problema de la "objetividad" y la "subjetividad" tiene que ver entonces con construcciones de la filosofía de la ciencia: con el auge del racionalismo en la ciencia moderna, el conocimiento denominado objetivo quedó colocado en un lugar superior, de mayor valor, en tanto "lo subjetivo" (asociado al sujeto), quedó desvalorizado, ajeno y separado del mundo. La producción de subjetividades nos posibilita considerar un dualismo como una construcción socio-histórica, que da cuenta de cómo pudieron pensarse a sí mismos los sujetos humanos, qué y cómo pudieron conocer, en cada momento socio-histórico. "Cierta idea o modelo de humanidad ha ido desarrollándose a través de estas distintas prácticas -psicológica, médica, penitencial, educacional- y ahora la idea de hombre se ha vuelto normativa, evidente y supuestamente universal". Por aquí nos deslizamos entonces a una pregunta cardinal: ¿cómo se constituyó el sujeto en objeto para sí mismo? Es remontándonos a la Grecia clásica como podemos ubicar el origen

I Foucault, M. (1991). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona, Paidós / I. C. E. - U. A. B.

de la preocupación del hombre por desarrollar un saber sobre sí mismo. Son las tecnologías del yo las que permiten al sujeto humano realizar una serie de operaciones sobre su cuerpo y su alma para alcanzar la felicidad, la pureza, la sabiduría, la inmortalidad. El ocuparse de uno mismo, el cuidado de sí, es una regla, de las más importantes, para el arte de la vida en la Grecia clásica. El cuidado de sí implica una actividad extensa, una red de obligaciones y servicios para el alma (entre de los que se encuentra la meditación), y fue sostenido por socráticos, epicúreos, cínicos, estoicos, pitagóricos. El conocimiento de sí, mientras tanto (centro de nuestra cultura), es, para los griegos de la época clásica, nada más que una consecuencia de la aplicación del principio del cuidado de sí. El objetivo del cuidado de sí no es prepararse para otra vida, sino para una realización completa de la vida. Con el cristianismo de los siglos IV y V, el principio del cuidado de sí deja paso al conocimiento de sí. El conocerse ha oscurecido el "preocuparse" porque la moralidad cristiana insiste en que se debe rechazar al sujeto, ubicando el centro en la preparación para otra vida. Esta circunstancia tiene relación con cierta coerción a decir la verdad acerca de uno mismo, que se empieza a instalar a partir de la primacía del conocimiento por sobre el cuidado. Las tecnologías del yo entonces están constituidas por una serie de prácticas sobre sí mismo, con la intención de componer la propia personalidad a partir del sometimiento a reglas externas. Líneas atrás introducíamos el término moralidad, la moral resulta central en la definición del lugar del sujeto, ya que dispone el encuentro de los modos de subjetivación y las prácticas del cuidado de sí. Las producciones subjetivas de cada época presentan características similares y formas de operar sobre sí semejantes, respondiendo a los mismos tipos de tecnologías del yo. Cada momento histórico hace posibles distintos modos de relación del sujeto con su cuerpo, con el poder y con la verdad: esos modos dan origen a que los sujetos tengan una determinada experiencia de sí, y a la vez acciones sostenidas en dicha experiencia.

2. De los dualismos.

Así como el dualismo sujeto-objeto, la salud-enfermedad está instalada en nuestra cultura como un dualismo. Al hablar de dualismos nos estamos refiriendo a nociones naturalizadas, separaciones

instaladas en la vida cotidiana, en las formas de pensar, y en dimensiones conceptuales; los dualismos tienen funcionalidad en la vida social. Constituyen procesos de subjetivación, y como tales producen formas de pensar, de vivir, de actuar, de sentir, de relacionarse e interpretar el mundo. En el proceso de producción de los dualismos se acopla necesariamente la exclusión de alguno de los dos polos: o tanto están basados en elecciones sucesivas: o blanco o negro, o sano o enfermo; siempre hay máquinas binarias en juego. Una vez producida la división, aparece como natural su existencia, ocultando los procesos históricos que la hicieron posible. Seguidamente al corte por ejemplo, entre interno/externo, fuera/dentro, individuo/sociedad a distintas teorías "le cabrán denodados esfuerzos por construir reglas de correspondencia, modalidades vinculares, modelos de interacción y otras "arquitecturas" que intentan ser los paradigmas de la solidez y la racionalidad del "edificio" -la obra-científico, artístico-conjetural o problemático que se halle en ejecución".² En el caso de la salud-enfermedad, su instalación como dualismo genera clasificaciones, exclusiones; es bastante reciente la posibilidad de pensar la salud enfermedad como continuum, como proceso.

A esta altura del desarrollo, se hace necesario entonces realizar una revisión genealógica de las nociones; esto es, indagar su procedencia, las discontinuidades, los bordes de su producción. Tal como plantea Michel Foucault, no se intenta tanto indagar en la verdad de nuestro pasado, sino en el pasado de nuestras verdades. La investigación genealógica es una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes y los discursos, y también de la constitución de un cuerpo en la trama socio-histórica; amerita para ella interrogar los saberes de cada época. Así, metodológicamente, tendríamos que revisar qué enunciados han funcionado con efectos de verdad (*subjecter*), qué los ha hecho posibles (*poder*), y cuáles son las formas de subjetivación producidas, (*prácticas sociales*)³.

² De Brasi, J. C. (1990). *A modo de introducción. Crítica del Dualismo*. En *Subjetividad, Grupalidad, Identificaciones*. Buenos Aires, Búsqueda.

³ González, L. (2005). *La metodología genealógica y arqueológica de Michel Foucault en la investigación en Psicología Social*. En esta edición.

1. De las prácticas sociales.

Las mismas son algunas de las formas como se hace visible la producción de subjetividad. Una práctica social implica mirar-pensar-actuar; importa ubicar la noción conexas que trahaja. La noción de LAUMANN en su artículo⁴: refiere a que una práctica social incluye la INACCIÓN, que implica percepción y acción, y es necesario que sea visualizada en el contexto local que la produce. El trabajo sobre las prácticas sociales permitirá niveles de enunciación sobre ciertas lógicas: niveles latentes y manifiestos, condensación del saber y el hacer, del pasado y presente, lógicas paradójicas, irreversibilidad; las prácticas sociales están ligadas a distintas temporalidades y distintos ritmos. Se re-inventan permanentemente, lo que nos lleva a vincularlas con dimensiones institucionales que también las componen, es decir leyes, normas, pautas de regularidades de comportamiento, y es posible atribuirles un sentido, de acuerdo a los valores de la sociedad y de la cultura.

4. Breves notas sobre la producción de las nociones.

La noción de enfermedad precede y domina al de salud en doce siglos, y nace vinculado al *pathos*, es decir al padecimiento. En la Grecia clásica se veía la enfermedad como un proceso natural de desequilibrio; para el restablecimiento de la homeostasis era necesario proceder al cuidado de sí. A tales efectos, en la época se realizaban una serie de prácticas sociales, tales como las cartas a los amigos, el examen de conciencia y el recordar. Ya en el siglo XI, enfermo significa débil, que no es firme, sin firmeza, *infirmus*. Sano es el sensato, el que está en su juicio. Cabe destacar que la medicina griega se apoyaba en la observación clínica y en la clinoterapia.

En la Edad Media, la enfermedad era uno de los caminos para lograr la salvación. Estaba asociada al dolor, que hacía más hombres a los hombres, aquel no era rechazado como tal en tanto se pensaba que sentir el dolor hacía al ser humano más puro, más honorable. En este momento histórico es visible la impronta de la religión católica:

⁴ Laumann, M. I. (2001). *Pensar la vida cotidiana: su importancia para el quehacer del Psicólogo Social Universitario*. En *Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales*. Montevideo, Trápiche.

el dolor acerca al hombre a Dios. El cuerpo en la Edad Media depen-
día del orden del Cosmos, dominado por la muerte y la lepra, asedi-
do por el temor a la muerte y la podredumbre de la carne; la terapéu-
tica esencial era la evacuación: sangrías, vomitivos. Existían una serie
de «profesionales de la salud» tales como el barbero y el maestro
sangrador. El primero lavaba la cabeza de sus clientes, les cortaba el
pelo y la barba y también practicaba las sangrías y realizaba curacio-
nes; el segundo aplicaba las ventosas pero además realizaba las san-
grías y daba masajes a los pacientes. Las prácticas sociales de la
época estaban asociadas a la necesidad de estar más fuertes, en la
que refiere a la alimentación. Es visible además que la puesta en acti-
vación de las mismas, tiene relación con que los límites entre las profesio-
nes estaban aún poco definidos. En función de los padecimientos, se
producía en la época una insistencia en la cuestión de la impureza,
que trajo como consecuencia la discriminación entre lo puro y lo
impuro y la instalación de la moderación como noción central. Por
otra parte, la salud y la belleza aparecían ya emparentadas, de tal
manera que existían una serie de tratados en los que se exaltaba el
cuidado y embellecimiento del cuerpo, a los efectos de producir sa-
lud. La muerte y la enfermedad eran sentidas como el sometimiento
insoslayable a la voluntad de Dios. Con relación a este último hecho,
también se puede analizar la existencia de la locura en la época: los
locos eran venerados por ser quienes podían tener una comunicación
más cercana con Dios; en otras ocasiones eran identificados con los
delincuentes y los descarrados, y era necesario restablecerlos en los
espacios ordenados y claros regidos por el orden divino.

Michel Foucault plantea que la Edad Media es un claro ejem-
plo de sociedades de soberanía, sostenida en la existencia de relacio-
nes de tipo feudal, donde existe un poder vertical que utiliza como
uno de los medios de gobierno la prohibición y el aislamiento. Este
último mecanismo es utilizado con los enfermos de lepra, expulsán-
dolos fuera de los muros de la ciudad, excluyéndolos de ella, a los
efectos de mantenerla pura.

En el entorno del siglo XVII, aparece la noción del cuerpo-
máquina, lo que entre otras cosas va a producir la fundación del vín-
culo entre el consumo y la preocupación del cuidado del cuerpo. En
esta época se han descubierto los flujos y la circulación. Si bien exis-
te aún la preocupación por las epidemias, la observación de sí mis-

72

no empieza a tomar importancia, revitalizando la idea cristiana del
conocimiento de sí, en la cual queda incluido el cuidado de sí. El
siglo XVII está marcado por la instalación del *realismo*, una nueva
manera de percibir y concebir la naturaleza. El espacio matemático
se convierte en una representación realista del espacio físico. La vida
cotidiana es el escenario donde el cálculo se va transformando en un
valor indispensable para la vida. Los cuerpos pasan a ser una capara-
ción de propiedades mensurables: es la época en la que aparecen las
tablas de medidas del cuerpo, que poco a poco van produciendo un
cuerpo abstracto y desvitalizado.

En el siglo XVIII, auge del Iluminismo, el centro de las preocu-
paciones es aumentar la resistencia y endurecerse, fortalecerse; la
enfermedad por excelencia es la tuberculosis, se descubren los proce-
sos que llevan a la inoculación, y luego a la vacunación. La economía
del cuerpo está regulada por la producción y el gasto energético como
corresponde a una civilización que ha descubierto en el calor la base
de la economía y la sociedad. Se plantea como una de las máximas
de la época el evitar los excesos. Adviene la modernidad, el pensa-
miento positivista, los orígenes de las posteriormente llamadas disci-
plinas científicas. Toda la problemática de la enfermedad comienza
a ser territorializada por las disciplinas. En particular se produce el
surgimiento de la psiquiatría, que convierte la locura en enfermedad;
discriminándola de la criminalidad y de la monstruosidad, tal como
está trabajado por Michel Foucault en su texto "Los Anormales".⁵ El
Estado garantiza la salud física de los ciudadanos, asegurando así la
fuerza física nacional, la capacidad de trabajo y de producción.

El tratamiento que en este siglo se realiza con la peste, enferme-
dad por excelencia, aparece claramente diferenciado del que se reali-
zaba en sociedades de soberanía. En la peste no se excluye: opera un
mecanismo de inclusión, de control, de vigilancia, y de distribución.
Cuando hay un foco de peste, en la ciudad, se declara la cuarentena.
Los inspectores de la zona pasan todos los días casa por casa, toman
lista de sus habitantes, los llaman para que se presenten y se hagan
visibles (por detrás de la abertura de la puerta) y van controlando de
esa forma quiénes están sanos y quienes están enfermos. Este disposi-
tivo de observación y vigilancia se construye a partir del examen

⁵ Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires, F. C. E.

cercano de los cuerpos, un registro continuo que genera la producción de un saber, un saber sobre el cuerpo, un saber médico. En esta época es importante determinar donde está cada uno de los individuos: individualizar, discriminar y como consecuencia comenzar a construir tratamientos diferenciales. A tales efectos se van creando espacios discriminados para los mendigos, los locos y los criminales: el asilo, el hospital, la cárcel. El hospital (que deriva de la palabra hospicio) aun posee un sentido algo diferente al que le damos hoy día: todavía se mantiene como un lugar de peregrinaje, incluso un lugar para ir a morir. La burguesía no va al hospital, ese es un lugar para pobres e indigentes.

Empieza, en aquel tiempo, una preocupación de parte del Estado por la salud, por la vida de los individuos, porque preocuparse por la salud es una forma de garantizar la producción y la defensa de la nación. Se forjan una serie de tecnologías que tienen que ver con el control, la vigilancia y la distribución de los cuerpos, las que van a constituir un poder normalizador. El mismo se apoya en instituciones que van a ser cada vez más fuertes: la institución médica, la institución psiquiátrica, la institución psicológica, la institución educativa, la institución policial y fundamentalmente en la institución familia. Según Foucault, uno de los efectos más relevantes del poder normalizador es la producción de la familia reducida.

El poder normalizador produce una particular visión de los cuerpos y del alma, de los comportamientos, de las actitudes; va a construir un tipo particular de relación padres-hijos, y un modo peculiar y característico de vivir el cuerpo y la sexualidad. En función de la instalación de los procesos normalizadores, comienzan a producirse alianzas entre las instituciones antes mencionadas: familia, Estado y disciplina, generan lo que hoy denominamos la medicalización, la psicologización o la psiquiatrización de la sociedad. Es decir, la permeación en el imaginario social de los saberes y de las prácticas médicas, psiquiátricas y psicológicas. Así entonces, estos saberes, prácticas y discursos, van penetrando en los intersticios del tejido social; dando origen a ciertas prácticas sociales: van produciendo subjetividad.

En el siglo XIX, ya se hace presente el peligro de la propagación de las enfermedades por intermedio de las masas obreras. El cólera, la viruela y la sífilis son las enfermedades reinas. La enfer-

medad mental es motivo de oprobio familiar. A estas alturas ya está completamente medicalizada la internación por locura. A partir de los descubrimientos de PASTEUR (1822-1895) se vislumbra la idea de la muerte como putrefacción, la que trae aparejada la obsesión por la higiene. La misma viene reforzada por una serie de exhortaciones morales sobre la salud, vinculadas con la idea del hombre medio, promedio, normal, ideas que habían tenido su nacimiento en el siglo pasado. Se instala la preocupación por la alimentación moderada, el ejercicio y la delgadez; en consonancia, comienzan a aparecer las dietas para adelgazar. Se pone en juego la construcción de una moral puritana, que relaciona el placer sexual con lo malsano. La moral puritana es una moral del cuerpo, que implica asegurar el trabajo y la producción; es por ende una formación subjetiva, amparada en un saber médico que identificó en aquella época los excesos con el ejercicio de la sexualidad, así como hoy los identificamos con la ingesta de grasas y la formación del colesterol. Economía, balance, orden. Para el saber médico, el cuerpo es el nuevo Dios y a su salud deben subordinarse el deseo y el placer, los que de no ser gobernados por la voluntad, conducen inevitablemente a la enfermedad. En los ya clásicos textos de J. P. Barrán⁶ podemos ver ejemplos claros del emplazamiento de estas nociones en la vida cotidiana. Por otra parte, se conocen, de esa época, campañas destinadas a definir la masturbación como algo del orden del peligro, del peligro social, en tanto se vincula la masturbación con la muerte. Las mismas van dirigidas al control de los cuerpos y de los deseos de los niños y adolescentes, pero también van dirigidas hacia los padres (fundamentalmente los pertenecientes a la burguesía), buscando que los mismos vigilen el cuerpo de los niños, de los adolescentes, e incluso que diagnostiquen la existencia de alguna patología. Porque el efecto más claro de esas campañas es la patologización de la sexualidad. La masturbación aparece en esta época como la causante de múltiples enfermedades: hay manuales que indican a los padres el control, de como duermen los hijos, donde tienen las manos, que relación tienen las manos con el cuerpo; hasta se idearon aparatos, tipo cinturones, para que los varones no pudieran tocarse los genitales.

6 Barrán, J. P. (1991). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo, Banda Oriental.

Estas prácticas sociales originadas en el siglo XVIII que se ins-
talan fuertemente en el XIX, permiten observar esa alianza de insti-
tuciones/poderes a la que hacíamos referencia líneas más arriba. La
familia, la disciplina médica y el Estado. La familia, impulsada por
la disciplina médica, debía observar los síntomas que daban cuenta
de la actividad masturbatoria, bajo la presunción de que dicha activi-
dad podía provocar la muerte: la mirada lánguida, las profusas oje-
ras, el cutis gris, la apatía. En la familia burguesa, estas prácticas
cotidianas tienen como efecto más visible el acercamiento de padres
e hijos, eliminando intermediarios, y apuntando a la construcción de
la familia nuclear, reducida. La misma será el modelo de familia más
eficaz para la realización y supervivencia de la economía capitalista.
Y hará posible afrontar los problemas del Estado Moderno a través
de estrategias disciplinarias como las mencionadas más atrás. La fa-
milia se constituye así en una institución reproductora de prácticas
sociales y al mismo tiempo, productora de subjetividad.

En este siglo asistimos al nacimiento del biopoder: los meca-
nismos de la vida (natalidad, procreación, muerte, salud), pasan a ser
objeto de cálculos, mientras se instala un poder normativo inscrip-
to en la institución médica. Se trata de una regulación de la vida, adies-
tramiento en la obediencia que se extiende hasta el siglo siguiente
en el que llega a su máximo esplendor cuando se comienza a poner
el foco sobre las poblaciones.

En el transcurso del siglo XX, algunas de las cuestiones plan-
teadas se intensifican. Con el transcurso del tiempo no siempre se
producen nociones totalmente novedosas, sino que es posible en-
contrar "viejas" nociones algo remozadas, e incluso coexistiendo con
nuevas. El cuerpo sigue siendo un reservorio de energía a cuidar,
pero en sí a nuestra cultura ya no le basta la salud, sino que ha endo-
sado el óptimo bienestar, estrechamente vinculado a la calidad de
vida. Estas nociones tienen como corolario la exacerbación del indi-
vidualismo narcisista, la contemplación del cuerpo entre compla-
ciente y angustiada por su devenir como materia. El bienestar no es
la entrega a todos los deseos, sino el control estricto de los «mal-
nos»: grasas, sedentarismo, sexualidad culpógena por, entre otras, la
amenaza del SIDA. Tanto el óptimo bienestar, como su par la cali-
dad de vida, están sostenidas en la posibilidad de acceder al consu-
mo. Vivimos es una civilización de la anestesia: el dolor ha perdido

su sentido cultural, y tiene el carácter de anti-valor; actualmente hay
un apogeo de médicos especialistas en el tratamiento del dolor. La
cultura occidental contemporánea ya no pide sacrificios ni militan-
tes, promete la felicidad y el bienestar, desde las formas sensuales de
la limpieza personal, al goce de los microclimas que anulan las in-
tensidades del calor y del frío. El cuerpo, y su larga vida, es el nuevo
objeto de culto. La medicina está dotada de un poder autoritario con
funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las
enfermedades, y de la demanda del enfermo. Prevalen procesos de
medicalización, que dan cuenta de la impregnación de la medicina
en todos los dominios de la vida cotidiana, lo que conduce a la insta-
lación de la normalización en la alimentación, el ritmo de vida, las
condiciones de trabajo, la higiene, la vivienda. La salud es un objeto
de consumo, que puede ser producido por laboratorios farmacéuti-
cos y consumido por otros; está en el mercado. La enfermedad se ha
espacializado en el cuerpo; los enfermos en los hospitales.

Nuestra cultura actual lleva a la máxima potencia el conoci-
miento de sí de los inicios del cristianismo. El ingreso a cualquier
librería nos permite ver una serie de textos en relación con ello: los
libros de autoayuda, prometen éxitos asociados a la calidad de vida,
bienestar psicológico individual, para poder acceder un mayor con-
sumo. Por otra parte, la medicalización de la sociedad abre el cami-
no a la psicologización, que implica al igual que aquella la permea-
ción de saberes psicológicos en la vida cotidiana. Esta es una época
en la que se nos pide una lectura paciente de un cuerpo al que se debe
precaer ya no solamente de la enfermedad sino también del enveje-
cimiento y la fealdad. A su vez la ciencia va produciendo enferme-
dad, allí donde antes había incomodidad o molestia. Se ha pasado de
la nariz carcomida por la lepra a la nariz no adaptada al modelo ideal.
De ahí, al tipo de salud consumista y autovigilada, hay sólo un paso.

Todas las problemáticas sociales han devenido disciplinadas;
eso implica una desvalorización, deshumanización, y fundamen-
talmente una despolitización de las mismas; hasta la pobreza se nos
presenta como una patología. Cada vez se sabe más de la enferme-
dad y menos del sujeto. En sociedades como la nuestra, hiper-vigila-
da e hiper-disciplinada, es visible el ejercicio del bio poder. Es decir,
la utilización de políticas -neoliberales- de enfermedad y salud al
servicio de las transnacionales de los medicamentos y las empresas

productoras de tecnologías biológicas. Mientras la OMS ha declarado "Salud para todos en el 2000", se practica en el ejercicio de ese bic poder la dñada inclusión exclusión del sistema salud-enfermedad, que es ostensible en situaciones graves como la que tiene relación con la epidemia de SIDA en África, donde por momentos parece ser que la única alternativa es enfermarse, mientras las políticas de prevención y atención de la enfermedad no se adecuan a esa realidad.

5. De lo propositivo.

Nos importa entonces ver que líneas surgen para pensar estas problemáticas como tales. Pensamos la salud enfermedad como un proceso, un continuum, complejo, con múltiples dimensiones en juego, donde hay componentes étnicos y de clase y de religión y de género y políticos y económicos, y propios de etapas evolutivas y propios del barrio en el que se habita, y propios del momento histórico, etc.: cada noción de salud va a estar singularizada por el social-histórico. Esa multiplicidad de dimensiones a la que hacíamos referencia implica la no exclusión de ellas en tanto inclusión de otras, desde esta concepción apuntamos a utilizar la Y, ya no la O. Para finalizar, resulta imprescindible conectarnos con el inicio de este trabajo, cuando hablábamos de la necesidad de trabajar la idea de producción de subjetividad: como tantas otras, las nociones de salud enfermedad, están vinculadas con las formaciones subjetivas que nos están produciendo como lo que estamos siendo, en este momento socio-histórico.

Diciembre 2004