

Espacios de visibilidad: Dispositivos, justificación, clasificación, campos y habitus fragmentados.

Avance de investigación en curso / Debate o discusión en teoría social.

GT 31: Teoría Social Contemporánea.

Hugo Sir Retamales¹

Resumen:

Esta ponencia aborda, desde la investigación en modelos médicos en un consultorio en Paine, elementos teóricos provenientes de la discusión que emerge como crítica a la sociología de Pierre Bourdieu, respecto al carácter domincéntrico. Se intenta conceptualizar, a través del uso de las nociones de *habitus*, campo, dispositivos y regímenes de justificación, una manera equilibrada de entender las posibilidades de dominación y autonomía, tanto para los individuos, como para la articulación consistente de prácticas que responden a principios de legitimación no dominante. Finalmente, se propone una herramienta para la investigación que permitiría poner en juego estas tensiones, concepto que se denomina espacios de visibilidad.

Palabras clave: Sociología del cuerpo y la salud; Sociología crítica; Dispositivos médicos.

Quisiera comenzar con la referencia al problema que dio origen a la reflexión. Se trata de los *modelos médicos*, su capacidad de vincular criterios epistemológicos y morales con intervenciones directas sobre los cuerpos, y la forma en que a pesar de lo que a simple vista parece una dominación exclusiva del modelo biomédico (o medicina científica), han existido a lo largo de todo su desarrollo otros modelos, basados en principios a veces radicalmente diferentes, que sin embargo conviven, delineando otras enfermedades, otra manera de ver la salud y la vida, interviniendo *otros cuerpos* (a veces explícitamente cuando se hace referencia a la existencia de cuerpos *más allá* del físico) ¿Significa su sola existencia la posibilidad de crear espacios totalmente autónomos de los principios de la medicina biomédica? A nivel general la pregunta es ¿pueden regímenes a la vez epistemológicos y morales, teóricos y prácticos, dispuestos a ser utilizados como regímenes de justificación², constituirse o permanecer independientes de los principios dominantes en un determinado espacio o campo social?

Para adentrarnos en esta pregunta, entonces, expondremos con algo más de detalle la problemática enunciada. Luego revisaremos elementos de la teoría de los campos de Bourdieu, en especial, su dimensión simbólica, a la luz de algunas de sus críticas que considero más interesantes. En un tercer momento, se indagará en la ambivalencia de los modelos médicos, a su vez *dispositivos* (en términos foucaultianos) y *regímenes de justificación*, situados en un campo. Finalmente, enunciaremos un elemento teórico-metodológico que permitiría trabajar con estas tensiones, al que denominaremos *espacios de visibilidad*.

¹ Sociólogo, Universidad Alberto Hurtado; Cursando magíster en Ciencias Sociales, Universidad de Chile; Actualmente académico joven de la Universidad Alberto Hurtado; Co-investigador FLACSO Chile, y responsable de la Línea Cuerpo, Salud y Política, del Núcleo de Investigación Sociología del Cuerpo y las Emociones, de la Universidad de Chile.

² Como veremos.

I.- El caso y la inquietud

La posición actual de la medicina científica o biomédica, en términos de su reconocimiento oficial, y de su uso masificado, puede ocultar la manera conflictiva no sólo en que se instala en sociedad, y se convierte en la manera hegemónica de hacerse cargo de las aflicciones y enfermedades en la sociedad chilena, sino la forma en que se mantiene aún frente a otros modelos disímiles (Menéndez, 1983: 97). Vale la pena señalar que puede entenderse un *modelo médico* como un dispositivo a la manera foucaultiana, lo que abordaremos más adelante en detalle³. En breve, se tratan de dispositivos, a la vez epistemológicos, metodológicos y prácticos de intervención de los cuerpos en aras de controlar los procesos patológicos. Junto a esto las intervenciones que vinculan saberes, discursos y prácticas, producen, o al menos condicionarían individuos, es decir, a través de estas intervenciones se moldearían cuerpos y subjetividades determinadas, dadas las posibilidades que ofrece un determinado modelo en cuanto autonomía, autoconocimiento, sustancias permitidas/prohibidas, etc., además de las decisiones que se toman en torno a la distinción normal/patológico, y que se vinculan tanto a una posición en un campo, como a una forma de gubernamentalidad determinada.

Respecto a la medicina científica, como dominante en el campo de la salud, vale decir que solamente al finalizar el siglo XIX, y ya entrado el XX, asistimos a una profesionalización perdurable de esta disciplina en Chile. Es decir, una estructuración interna de un campo de la salud, junto a la adquisición de un lugar de privilegio para la medicina científica, lo que conlleva la capacidad de monopolizar las definiciones legítimas de salud, o en otras palabras, la posibilidad de volverse un modelo *dominante*. Este proceso de profesionalización, se da a la par de una medicalización perdurable de la sociedad, y requiere de la intervención de autoridades jurídicas y educativas para asegurar un lugar y un mercado para los profesionales médicos (Molina, 2010: 90). Son intervenciones públicas de carácter político, restricciones jurídicas en relación a los títulos apropiados para ejercer prácticas curatorias, y la estructuración de una institución educativa acorde a esto, lo que da forma a un campo de la salud en Chile, situando al mismo tiempo a la biomedicina en el centro, como voz dominante (Zárate, 2008; Belmartino, 2005; Molina, 2010).

Esta primera manera de plantear el asunto, parece llevar ya inscrito un cierre en torno a la biomedicina como dispositivo prácticamente único. Sin embargo, la experiencia investigativa lleva a chocar con una visión extremadamente unívoca. En ese sentido, si bien es innegable que el proceso que se da a finales del siglo XIX, y sobre todo en el XX, ligado a la inserción capitalista chilena y a la acción e intervención estatal sobre las poblaciones, pone a la medicina científica o biomedicina como modelo hegemónico, esto nunca la convierte en el único modelo. Es posible observarlas a lo largo de todo el proceso de instalación y aún hoy, desde las más comunes formas de autoatención, a las más complejas filosofías, que pretenden entregar una mirada holística perdida. Hay profesionales de la medicina que rechazan o complementan su propia formación; Hay individuos que deciden abandonar las prácticas médicas convencionales, criticándolas, y con ello criticando muchos rasgos “culturales” asociados, etc.

Ahora ¿cómo entender esta relación? Específicamente, como entenderla de cara a la intervención médica, a un modelo médico en tanto dispositivo, es decir, frente a los elementos políticos, sociales, económicos y culturales, que sustentan las prácticas terapéuticas y que estas mismas contribuyen a *hacer carne* actuando sobre los cuerpos. Lo importante, por el momento es señalar lo

³ Una definición, ahora clásica, de lo que es un modelo médico, podría sernos útil para ilustrar el modo en que se vincula con la noción de dispositivo. Según Menéndez (1983: 101), se entienden los modelos médicos como “construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los ‘curadores’ (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”. La caracterización como dispositivo creo que contribuirá a una economía en las definiciones.

siguiente: La comprensión de la génesis del campo médico, con la instalación, y de hecho, la propia construcción de la medicina científica, en términos bourdesianos implica sin lugar a muchas dudas el establecimiento de cierto *nomos*, de ciertos principios de visión y división, que estructuran el campo (Bourdieu, 2007; 1999). Sin embargo, una exploración genealógica⁴ y la investigación cualitativa que llevo a cabo, muestran la existencia de otros principios movilizados tanto por encargados de las prácticas médicas, como por los pacientes, que incluso pueden cuestionar los principios dominantes ¿Cerraba Bourdieu esta posibilidad, es decir, hacía *único* el modelo dominante? Probablemente no. No obstante, tendía a lo que han denominado una pendiente *domincéntrica*, es decir, una excesiva relevancia puesta en la forma de la reproducción social, o lo que es lo mismo, en la manera en que se instala, se ejerce y se mantiene la dominación de un grupo o clase, sobre las demás. Ahora bien, antes que comenzar por la crítica al problema de relevar el poder (simbólico) de los dominantes, me parece que existe otra forma de plantear la cuestión, que es precisamente la posibilidad que no niega Bourdieu, pero que no aparece con claridad en su propia formulación. En ese sentido, se trataría no de una observación de un conjunto de principios (los del dispositivo biomédico en este caso), como *únicos*, sino que una aproximación *unívoca* al campo, que deja a los elementos dominados huérfanos de suficiente conceptualización.

II.- La univocidad como problema o ¡viva la fragmentación!

Una de las maneras interesantes en que se plantea el *dominocentrismo* bourderiano, es respecto a las prácticas culturales que pueden denominarse *populares*. Grignon y Passeron (1989), proponen que una de las formas de concebir estas prácticas, y que sería la de Bourdieu claro, es desde un legitimismo o dominocentrismo, que significaría apreciarlas solamente en su jerarquización respecto a las formas dominantes, socialmente más legítimas, como si las “actividades de los dominados estuvieran siempre bajo la mirada de los dominantes” (Corcuff, 2013). Entonces, sin querer pasar al otro extremo de las visiones identificadas por los autores (a saber, el populismo, que concibe una autonomía ingenua de las prácticas culturales *populares*), éstos proponen la *ambivalencia* de aquellas frente a las estructuras de dominación. Se trata de prestar una *atención diferente* a aquellas prácticas, y podríamos sumar también construcciones discursivas, que no son dominantes en un campo dado⁵. Así, nos señala Corcuff (2013), convergen con estas propuestas variadas investigaciones, que recogen elementos de etnometodología, entre otras variantes.

En general, las propuestas considera restricciones a las autonomías, es decir, reconoce la dominación, pero rechaza el carácter unívoco, esto es, la lectura *a partir* de la construcción sistemática de los elementos dominantes de un campo, como si éste pudiera leerse en su totalidad, desde la elaboración de las prácticas y discursos dominantes, y de la referencia a éstos.

La conceptualización de los regímenes de justificación, que hace la sociología de Boltanski, los cuales los individuos pueden movilizar para fundar juicios legítimos, en tanto se basan en principios independientes de quienes los emiten (Boltanski, 2012: 15), sería interesante leerlo en el sentido anterior. Su idea inicial en el quiebre con Bourdieu y en la co-construcción de la sociología pragmática, tiene que ver precisamente con *dejar hablar* aquellas argumentaciones que no parecía ser posible atender desde una lectura que tuviera como *voz única* la dominante. En ese sentido, las personas en sus disputas podían recurrir a elementos en franca contradicción con los principios dominantes, sin que éstos se encontraran azarosamente dispuestos, sino que las más de las veces referían a otros regímenes de justificación reconstruibles por sociólogos. Un diagnóstico similar al de Passeron y *cía.*, pero con una apuesta por reconstruir sistemáticamente principios simbólicos que no son resultados

⁴ Apenas mencionada arriba.

⁵ Esto implica por cierto decisiones metodológicas y analíticas disímiles.

(aparentemente al menos) del poder simbólico de un campo determinado. El resultado: si bien se gana sistematicidad entre regímenes que se superponen, enfrentan, complementan, etc., se pierde posibilidad de referir a la *ambivalencia* de las prácticas discursivas respecto a las estructuras de dominación.

Una discusión que puede leerse en clave similar, es la que se da respecto al concepto de *habitus*. En breve: la crítica más interesante se funda respecto a una excesiva sistematicidad de éste, y por ende, cierta falta de plasticidad de este *sistema* de disposiciones. Esto daba paso por lo demás a las críticas una y otra vez repetidas sobre el carácter determinista de la sociología de Bourdieu. Dobry (1986), propone una noción menos integrada de *habitus* en donde éste “por definición” en el encuentro con diversas situaciones, se actualiza de modo no homogéneo. Entonces, aunque un elemento fundamental de la sociología de Bourdieu es el hecho de que ciertos *habitus* se encuentran objetivamente “ajustados” a espacios sociales determinados, las respuestas encontrarían siempre vías de variabilidad ¿Niega esto la idea de mayor o menor ajuste del *habitus*, que es fundamento de las críticas más penetrantes de la sociología bourdesiana? A mí parecer no, y acá el trabajo de Faure (2000), es de mucho interés.

Sylvia Faure, profundiza una idea que ya Dobry esbozaba. La de un *habitus* discontinuo, no absolutamente integrado. Dobry (1986) señalaba la idea de que un *habitus* tuviera incidencias variables en las prácticas, conductas, etc., según las situaciones diferentes. Esto, si bien, era de interés, descentraba la idea de *habitus* de sus elementos más fuertes, esto es, de su penetración sobre los cuerpos (*aprender por cuerpo*), y su vinculación con principios de visión y división, que son la base de la posible concordancia entre estructuras objetivas y subjetivas. Sin embargo, Faure, en investigaciones sobre la danza en favelas brasileñas muestra distintas formas de incorporación, con diferentes elementos de reflexividad pragmática aplicadas sobre los cuerpos (corregirse mirando al espejo, mirarse en vídeo, marcar levemente los pasos repitiéndolos mentalmente, etc.), pero además esto da cabida a una utilización del cuerpo, incluso de ciertos automatismos (no de todos obviamente), diferenciada según contextos. Por ejemplo, una disposición corporal aprendida a raíz de la práctica de la danza clásica (que incluye modales, y concepciones morales), se asocia a formas burguesas de ser, y no es bien mirada en los espacios cotidianos de la favela. El resultado es la postulación de diversas lógicas prácticas, y de prácticas corporales, éstas adaptadas con diversos grados de reflexividad a los contextos. En cierta forma, la adecuación de las prácticas corporales según el entorno, sería también una posibilidad del *habitus*, pero el énfasis está puesto más en la discontinuidad que en la integración, o bien, en una integración en discontinuidad.

Nuevamente, lo que parece haber, más que un rechazo a la idea de *habitus* como disposiciones incorporadas, a partir de una realidad social determinada, es una necesidad de criticar y abandonar el carácter unívoco, es decir, el *habitus* demasiado integrado en sí mismo (más allá de la discusión sobre su adecuación a estructuras objetivas). Este carácter de *voz unitaria, única*, sospechosamente parecido al sujeto.

Esto nos lleva a la necesidad de tomar en serio la multiplicidad y la fragmentación en al menos dos frentes. Por un lado, un *habitus* concebido más como repertorio que como sistema. Por otro, un campo en donde los elementos dominados pueden ser concebidos con sistematicidad, a pesar de la jerarquización existente propia de los procesos históricos conflictivos en que se originan dichos espacios sociales. Frente a esto, será interesante concebir los modelos médicos tanto como *dispositivos*, como susceptibles de ser utilizados como *principios de legitimación* de ciertos movimientos de los individuos (denuncias, reclamos, quejas, justificación de opciones terapéuticas, etc.), es decir, como posibles *regímenes de justificación*⁶.

⁶ Vale la pena aclarar que estos no tendrían *necesariamente* el mismo grado de generalización que los descritos por los trabajos de Boltanski y la sociología pragmática.

III.- La vida desborda el poder. Campo, dispositivos y regímenes de justificación.

En un campo, entonces, es posible distinguir más de un dispositivo. La idea de utilizar el concepto de dispositivo, consiste en poder proponer a la vez una forma consistente en que prácticas y discursos pueden articularse, a pesar de no coincidir con los principios dominantes en un campo en un momento determinado, es decir, acogiendo las críticas en el sentido de la *univocidad*. Y al mismo tiempo, es una herramienta que permite dar cuenta de la influencia que tienen ciertos principios dominantes en un campo, para la propia estructuración de los otros dispositivos. En ese sentido, es relevante la relación que se hace entre diversos dispositivos y los modos de gubernamentalidad⁷ específicos, lo que contribuiría a que se instalase uno y no otro como dominante. Así, podrían rastrearse las relaciones entre el dispositivo biomédico, o al menos, uno de sus modos predominantes, y la manera disciplinaria que adquiere la intervención estatal sobre la vida a finales del siglo XIX, y al menos, gran parte del siglo XX. Esto, una vez articulado, implicaría trabas para otros dispositivos médicos, otros dispositivos dominados en general, que caerían inevitablemente en transacciones con los principios dominantes, sobre todo en la relación que se tiene con lo *oficial*, que incluye arquitecturas, espacios, y la posibilidad de disponer a su favor de la distinción *permitido/prohibido* (por ejemplo, en el caso de los modelos médicos, respecto a las sustancias elaboradas, “medicamentos”, en lugar del recurso a una herbolaria no industrializada, etc.). Pero también implicaría la posibilidad de la modificación recíproca entre luchas por diferentes formas de gubernamentalidad, y por los principios dominantes del campo.

Para Foucault, un dispositivo es antes que cualquier otra cosa una *red*. En ésta se articulan prácticas discursivas y no discursivas, pero también elementos espaciales y objetuales, concepciones filosóficas, epistemológicas, morales, etc. (Foucault, 1983). Deleuze (1990) ordena de buena manera las dimensiones más generales que los constituyen:

- *Líneas de visibilidad*: Cada dispositivo, dice Deleuze jugando con la metáfora lumínica, “deja ver” ciertos objetos, delimita, distribuye lo visible y lo invisible, y esto es inseparable de cada dispositivo (por ejemplo, los modelos médicos en tanto dispositivos, delinean un cuerpo, al que intervienen y sobre el cual basan su efectividad. El cuerpo exclusivamente biológico de la medicina científica, es una novedad histórica, y acompaña incluso sus avances más actuales).
- *Líneas de enunciación*: Son propiamente “regímenes” de enunciación. Cada dispositivo, se acompaña y *es*, esta repartición de enunciaciones posibles, también jerarquizadas, fomentadas o prohibidas, que pone en juego a su vez posiciones diferenciales, en relación al uso de los enunciables.
- *Líneas de poder*: Se tratan de los elementos que desde una perspectiva sociológica podríamos llamar más *estructurales*, la “dimensión del poder” (Deleuze, 1990: 156). En ese sentido, son elementos de control de lo enunciable y lo visible, sin ser ellas mismas necesariamente explícitas, condiciones de posibilidad decantadas en estructuras, en técnicas, en construcciones espaciales, en modos de hacer comunes, etc.
- *Líneas de subjetivación*: Los dispositivos también son principios de subjetivación, y sin embargo, las “subjetividades” no son nunca del todo cooptadas por la operación del artefacto. Ni siquiera los dispositivos médicos, que intervienen directamente en los cuerpos producidos, clausurarán los aspectos de la subjetividad, por completo, en tanto repliegue sobre un sí mismo, posibilidad de la reflexividad.

⁷ Escuetamente, entenderemos “gubernamentalidad” como las formas de ejercicio del gobierno sobre las poblaciones. Esto, implica, desde el punto de vista de Foucault, cierto período que se puede situar en el siglo XIX, en donde los problemas del buen gobierno, apuntan menos al gobernante, como a los gobernados, entendidos no principalmente como ciudadanos políticos, sino como poblaciones controlables. (Grinberg, 2008). Para más sobre la relación entre gubernamentalidad y dispositivos, ver por ejemplo, Grinberg, 2008: 87 y ss.

En este sentido, se entienden los modelos médicos como dispositivos. Articulan concepciones epistemológicas y morales sobre los cuerpos, las enfermedades, la muerte y la propia vida, con intervenciones prácticas, que requieren objetos, y espacios específicos. Estas intervenciones sobre los cuerpos, y los *corpus* (los regímenes de enunciados) que las respaldan y éstas movilizan o *hacen carne*, definen también aquello que los individuos pueden decir de sí mismos, de sus verdades en relación a íntimos aspectos como los dolores, la alimentación, las prácticas sexuales, etc. De este modo, se restringen, se delimitan los cuerpos y los individuos. Son principios de “subjektivación” (en lo más simple, “hay que presentar de una forma determinada mis dolencias para que sean escuchadas”; en lo más complejo, se tratan quirúrgicamente aquellos cuerpos que no caben en las *taxonomías* definidas). Esta forma de operación es la que consiste en poner en juego *espacios de visibilidad* a los que los individuos se ven más o menos forzados a calzar. Ahora bien, en tanto cada uno de los dispositivos no es único en un campo, y dado que los individuos nunca son sólo efecto de un dispositivo, o mejor aún, ya que el *habitus* nunca es un sistema completamente integrado, clausurado, las personas pueden oponer a las exigencias de visibilidad de un determinado espacio (que sería algo como el modo práctico de actualización de los dispositivos), las posibilidades de enunciación de otro (por ejemplo, criticar el dispositivo biomédico, por dejar de lado dimensiones de su cuerpo y de “su subjetividad”, que se encuentran en la medicina natural⁸).

De ese modo, los modelos médicos, no actuarían sólo como dispositivos, sino que en la medida en que por actuar como tales en un campo, permiten la fuga siempre constante de la “vida”, de los sujetos, es decir, son susceptibles de ser usados como regímenes de justificación, de ser puestos en juego para criticar la forma en que se tratan los cuerpos, y con ello, la manera en que se respeta o agrede, lo que consignado como “dignidad humana” quiere apuntar a las expectativas que se tienen respecto a lo que es tolerable de ser soportado cuando se expone la fragilidad del cuerpo como sostén material de la vida, y que es factible generalizar dado el apoyo en los enunciables de un determinado dispositivo.

En definitiva, dado que en un campo no se encuentran unívocamente articulados principios de verdad y legitimidad dominantes, sino que existen diversidad de dispositivos jerarquizados. Y dado que éstos, si bien son consistentes, no son clausurados, permiten líneas de fractura, en tanto líneas de subjektivación que propician *fugas*; los *espacios de visibilidad*, que recortan, delimitan, e imponen requisitos a los individuos (y en ese sentido, interpela disímiles actualizaciones de los *habitus*), no los agota jamás, ni los determina, sino que lógicamente los condiciona, pero también los habilita o posibilita para que se pongan en juego principios desafiantes. Ahora bien, el grado de penetración de los principios dominantes, sobre los dispositivos, del *exterior constituyente*, varía como adelantaremos en la siguiente sección respecto al campo de estudio, donde primero profundizaremos en el concepto de *espacios de visibilidad*, que es la puesta en el nivel de la acción de los principios legítimos, de los regímenes de visibilidad y enunciación de los dispositivos.

IV.- A nivel de la acción. Espacios de visibilidad.

En una investigación anterior, sobre inmigrantes peruanos con movilidad laboral ascendente, pudimos mostrar cómo para lograr efectivamente ascender o mantenerse en un puesto mejor del que llegaron (y que el mercado laboral tiende a ajustar de manera más o menos automática hacia puestos *devaluados*, típicamente ocupados por población migrante), los migrantes se enfrentan a un *espacio de visibilidad* muy reducido, en virtud de lo que se conceptualizó como *capital simbólico negativo*. La reconstrucción de estos “espacios de visibilidad” se hace, tomando consensos y disensos entre los

⁸ En un sentido más preciso esto significaría que el contacto con el espacio de visibilidad del dispositivo de medicina no-biomédica, ha propiciado líneas de subjektivación particulares, diferentes a las posibles en la medicina científica. (Reconocemos que tanto en el biomédico, como en las medicinas “alternativas” las posibilidades no son unitarias, y es posible, que exista propiamente más de un dispositivo por cada polo, pero no es posible verlo en detalle acá)

discursos (y prácticas), de “agentes” ubicados en posiciones teóricamente lejanas (lo que da al menos dos *perspectivas* fundamentales del funcionamiento del campo y los dispositivos, en ese caso se trataba de empleadores y trabajadores)⁹

Por ese *espacio* al que se enfrentaban, debían mostrarse cercano a los principios que se ponían en juego en cada empleo, y demostrar que eran por tal razón dignos de confianza. Aquellos principios, por cierto, no eran particulares de cada puesto de trabajo, sino que podía reconstruirse una vinculación más general con elementos cercanos a los descritos por Boltanski y Chiapello en el “nuevo espíritu del capitalismo” (2002), pero en puestos más marginales de lo que podía pensarse en un principio. Esto no significaba necesariamente, que al enfrentarse a éste espacio, los inmigrantes modificaran completamente su *habitus* (el no poder hacerlo era por lo demás una dificultad declarada por su parte), que se volvieran en definitiva individuos distintos, sino algo que debían manejar, en tanto se les exigía para hacerse visibles frente a quienes podían tomar decisiones que los favorecieran, frente a un dispositivo laboral determinado. En ese sentido, habían distintas estrategias para afrontarlo, considerando más o menos cercano a lo que *se es*, es decir, podía observarse como “externamente” y considerar que “es lo que hay que hacer”, que no “queda otra”, o por otra, parte considerar que “así es como se *deben* hacer las cosas”, como habiendo “*aprendido* la forma correcta”, etc. Podíamos apreciar además que eso tenía que ver con la *sensación de éxito*, que mediaba subjetivamente, y hacía reconocer en la trayectoria vivida generalmente por *necesidad*, una trayectoria digna de imitar, un trayecto *virtuoso*. En definitiva, el punto era que este espacio de visibilidad, delimitaba sujetos, individuos, cuerpos, que requerían de maneras de afrontarlas, en ciertas ocasiones el *parecer* y *el ser* se confundían completamente, pero lo fundamental es que ello no era necesario, y en ese sentido, se trataba más de una fragmentación que de una *modificación general* del *habitus*.

Ahora bien, frente a las intervenciones médicas, estos *espacios de visibilidad*, estos requisitos que se les ponen a los individuos para ser *vistos* y *reconocidos* como válidos, tenían un poder mayor aún, puesto que la concordancia entre estructuras subjetivas (lo que digo que me pasa cuando me enfermo), y las objetivas (la manera en que se trata aquella enfermedad) se aseguran con el mero operar del dispositivo. Y sin embargo, los individuos pueden criticar aquello, en la medida, en que no existe un *único espacio de visibilidad dominante*, sino que corresponden a los diversos dispositivos, o al menos es esta la hipótesis actual.

Adelantos de la investigación actual permiten decir algunas palabras respecto a la manera en que los principios dominantes, influyen o condicionan los dispositivos alternativos *dominados*. La investigación que realizo actualmente, se enfoca en la forma en que operan distintos modelos médicos en un consultorio en Paine, respecto a los adultos mayores. Lo fundamental para esta ponencia es el hecho de que co-existen en un espacio típicamente administrado por la salud pública, y en ese sentido, sumamente *oficial*, la medicina científica, convencional, con prácticas de medicinas naturales y otras medicinas *integrativas*. En este sentido, permite una apreciación hasta cierto punto ejemplar de las posibilidades y restricciones que encuentran dispositivos de salud, dispositivos médicos, no dominantes.

En sencillo y en breve. Los dispositivos alternativos (fitoterapia, medicina antroposófica, masoterapia, reiki, entre otras presentes), logran poner en circulación sus propios enunciados, y al parecer también, pueden hacer visibles elementos que la medicina convencional no considera, a saber, otras dimensiones del cuerpo además de lo biológico; otras dimensiones de lo “sano”; lo cual se expresa en intervenciones diferenciadas y en sustancias terapéuticas específicas (o exclusión total de ellas). En ese sentido, pareciera que además de ser dispositivos consistentes por sí mismos (o sea, más allá del espacio del consultorio), logran establecer un espacio de visibilidad propio, que logra delinear otro sujetos, y que tiene consecuencias para las propias personas, respecto de lo que pueden decir de sí,

⁹ Ciertamente la metodología debe ir profundizándose para desarrollar ese concepto.

y de cómo pueden decirlo; o en la manera en que se relacionan con su cuerpo, el conocimiento que expresan de él, y la forma en que lo entregan a la intervención o lo intervienen ellxs mismxs.

Sin embargo, ya desde las primeras observaciones y entrevistas, puede apreciarse la manera en que los principios que genealógicamente se puede rastrear que se instalan como dominantes, sobre todo a partir del siglo XX, continúan reproduciendo su posición, sin que ello signifique la anulación de los dominados. En particular, sin que se pueda profundizar demasiado en ello por encontrarse en desarrollo, se aprecia en el control de *espacios y objetos*. Respecto a los espacios, esto es más o menos evidente, debido a que se trata de un servicio público acondicionado a la manera en que se entiende la *higiene* y un *ambiente apropiado* (o al menos relativamente apropiado) para los procesos de consulta, diagnóstico y tratamiento, en la medicina científica o biomédica. Esto llega al punto de que el grueso del programa de medicinas integrativas, plantea la necesidad de cambiar el espacio físico hacia una sede, que no era dependencia del consultorio, sino de cultura, y que se ha adaptado para dar cabida a elementos propios, como tipos de sillas en la “sala de espera” o de camillas. Esto se entremezcla con estándares comunes exigidos por ser parte del consultorio, que impiden ocupar el espacio, como se haría en una consulta particular (respecto a los adornos, a los artículos que complementan las teorías médicas con filosofías de vida: inciensos, velas, aromaterapia, que sólo marginalmente tienen cabida en un espacio que depende formalmente del Consultorio Central de Paine). Pero también se encuentran con limitaciones correspondientes a *espacios de tiempo*, que han generado transacciones. Si bien, cada una de las terapias señala utilizar tiempos no homogéneos ni entre ellas, ni de un paciente a otro, se ha debido normar para calzar con las exigencias de los principios dominantes. Se ha logrado negociar un tiempo bastante más extendido que las consultas de morbilidad de la medicina convencional (de 12 a 20 minutos), no obstante, la fluidez y la variabilidad de los tiempos que es propio de ciertas terapias, se deja de lado.

Por otra parte, una manera notable en que los principios dominantes, condicionan la manera en que operan los dispositivos dominados, es a través de *objetos oficiales*. No hablamos acá solamente de objetos específicamente médicos, sino sobre todo de elementos burocráticos (fichas de pacientes, de tratamientos, listados), que aunque sean incluso resentidos por profesionales de la medicina científica, están hechos en base a sus principios, y por ello, para éstos no representan más que un problema de tiempo en una consulta médica de escasos 12 minutos. Sin embargo, cuando se trata de otras maneras de concebir la salud, los cuerpos, los tratamientos, etc., aquellos mismos elementos burocráticos plantean dificultades epistemológicas, al verse en la obligación de *traducir* los conceptos que se utilizan, a un lenguaje comprensible por las fichas, elaboradas desde y para el dispositivo biomédico.

A pesar de lo anterior, también es posible preliminarmente, ver como los individuos que han debido re-aprender a manifestar ciertas verdades sobre sí, sobre su cuerpo y sus dolencias; en ciertas ocasiones pueden utilizar aquellos principios, que han incorporado más o menos integralmente, para criticar las prácticas médicas convencionales. Esto se refleja, por ejemplo, en el abandono del consumo de medicamentos, o en su atenuación; en reclamos contra lo parcializado de la biomedicina; en una alta adherencia al programa y abandono de otras consultas; en una valoración diferenciada de la *relación terapéutica*, etc. ¿Esto provoca cambios más o menos duraderos en los profesionales biomédicos y en el ejercicio de esta medicina en el consultorio? ¿A nivel general el aumento del recurso a estos dispositivos, y por tanto, una mayor posibilidad de crítica, tiene efectos sobre las tendencias dentro del dispositivo biomédico? Mi impresión a ambas preguntas es que sí, pero no podría afirmarse todavía, sino que se abre allí precisamente la investigación, pues en todo caso, si así fuera, ¿a dónde apuntan exactamente esos cambios? ¿A qué tipo de gubernamentalidad se asocian? ¿Modifican el campo de la salud? ¿Qué elementos morales transportan sus *verdades*?

En fin, para terminar, aclarar un punto: ¿de qué se componen exactamente los “espacios de visibilidad”? Habíamos dicho que pueden entenderse como la actualización práctica, a nivel de la acción, de los distintos dispositivos de un campo, en base a prácticas discursivas y no discursivas, que

se imponen como requisito para que los individuos se hagan visibles y reconocibles. Éstos se reconstruirían a través de investigación empírica, hasta ahora observacional y dialógica, que intenta dar cuenta de perspectivas fundamentales puesta en juego en determinados espacios. En este sentido, en el caso de los inmigrantes peruanos, se trataba sobre todo de “prácticas, actitudes y aptitudes”, que entre el juego de perspectivas de empleadores y trabajadores, podían delinarse como infaltables para que se les reconociera. En el caso de los dispositivos médicos, si bien la investigación se encuentra aún en proceso, se trataría sobre todo de formas de presentar el propio cuerpo, las dolencias, que deben corresponder a las consideraciones epistemológicas de los diversos modos de los dispositivos terapéuticos no biomédicos, sobre todo a partir de las formas del diagnóstico (visibilidad). Asimismo, se entrecruzan con consideraciones morales sobre lo permitido y lo proscrito, sobre lo saludable y lo dañino, y que se expresan en la clasificación de los individuos, que los pone en posiciones diferenciales respecto a su legitimidad, y la de sus reclamos, dolencias e insatisfacciones (reconocimiento). A través de estos espacios de visibilidad, entonces, se articulan en el nivel de la acción los diversos aspectos de los dispositivos (incluyendo su posible utilización como elementos de generalización, o regímenes de justificación), jerarquizados en un campo, es decir, sujetos a los condicionamientos de principios que se han constituido históricamente como dominantes. Éstos aunque exigen actualizaciones particulares de los *habitus*, no agotarían completamente a los *individuos*, no los transformarían *necesariamente*, sino que serían líneas de fractura, que los fragmentarían, y tanto les exigirían ciertas verdades de sí, como los habilitaría para usar estratégicamente los principios.

Bibliografía:

- Belmartino, S. (2005). “Servicio de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970”. En D. Armus, Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970 (págs. 101-144). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Boltanski, L. (2012) Sociología y crítica social. Ciclo de conferencias Universidad Diego Portales. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales Publicaciones.
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (2002) El nuevo espíritu del capitalismo. Madrid: Akal.
- Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (1999). Meditaciones Pascalianas, Barcelona: Editorial Anagrama.
- Corcuff, P. (2013). Las nuevas sociologías. Principales corrientes y debates, 1980-2010. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Deleuze, G. (1990) “¿Qué es un dispositivo?” en Varios Autores, Michel Foucault, filósofo. Madrid: Editorial Gedisa.
- Dobry, M. (1986) Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles. París: Presses Sciences Po.
- Faure, S. (2000) Apprendre par corps. Socio-anthropologie des techniques de danse. París: La Dispute.
- Foucault, M. (1983) El discurso del poder. México: Folio Ediciones.
- Foucault, M. (2006). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2006b). Seguridad, territorio y población: Curso en el Collège de France: 1977-1978. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2001). Los anormales: Curso en el Collège de France: 1974-1975. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Grignon, C. y Passeron, J. C. (1989) *Le savant et le populaire. Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, París: Gallimard-Seuil.
- Grinberg, S. (2008) *Educación y poder en el siglo XXI. Gubernamentalidad y pedagogía en las sociedades del gerenciamiento*. Buenos Aires: Miño y Dávila SRL.
- Menéndez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Molina, M. (2010). *Bicentenario, 200 años de medicina en Chile*. Santiago: Sintaxis Comunicaciones.
- Zárate, M. S. (2008). *Por la Salud del Cuerpo*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.