

Educación  
FLACSO ARGENTINA  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
propuesta@flacso.org.ar  
ISSN 1995- 7785  
ARGENTINA

Propuesta  
**Educativa**  
**37**

---

**2012**

**Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”, por Alicia Stolkiner,  
Propuesta Educativa Número 37 – Año 21 – Jun. 2012 – Vol 1 – Págs 28 a 38**

---

# Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”

ALICIA STOLKINER\*

*“Pero vosotros, cuando lleguen los tiempos  
en que el hombre sea amigo del hombre,  
pensad en nosotros  
con indulgencia”*

Bertolt Brecht, “A los hombres Futuros” (1938)

En los últimos años, los sucesivos Simposios Internacionales sobre Psicopatologización de la Infancia, y otros espacios de debate, como algunos encuentros de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), han promovido una polémica que dista de ser exclusivamente teórica. Se trata de actores críticos a la forma en que el proceso de medicalización atraviesa las infancias y adolescencias en esta fase histórica. En este trabajo intentaré sintetizar algunas reflexiones y ejes teóricos sobre este problema, como una voz más de un corriente de producción colectiva que se sitúa en el polo antagónico a una tendencia fuertemente instalada en nuestra sociedad y a nivel mundial.

Retornaré para ello a ponencias que presenté en los foros mencionados y a las corrientes de pensamiento y prácticas que tienden a colocar en el eje del proceso de salud/enfermedad/cuidado a los sujetos y sus condiciones de vida.

El método de análisis de este problema híper complejo se hará intentando articular las dimensiones de lo económico, lo institucional y las prácticas cotidianas particulares, el mismo que solemos utilizar en nuestros trabajos de investigación. En este caso, lo económico aparecerá centrado en los efectos de la incorporación de la lógica mercantil en los procesos de atención de la salud y su irradiación a prácticas y discursos sociales; en referencia a lo institucional, trabajaremos con algunas de las que articulan directamente con la institución de la infancia: el Estado, la familia, la escuela, la de los cuidados de la salud. En las prácticas cotidianas nos centraremos específicamente en las de salud/salud mental.

## El proceso de medicalización

Para abordar el proceso de medicalización, esa entrada de la medicina occidental científica de base positivista en la regulación de los cuerpos y las vidas, partiremos del análisis arqueológico que sobre él realiza Michel Foucault (2008) colocándolo en el vértice de la relación entre medicina, Estado y poder en Europa, a partir del siglo XVIII.

Allí, la aparición de los estados modernos en el nuevo orden capitalista dio lugar a una recon-



Psicóloga, Especialista en Salud Pública; Prof. de Salud Pública/ Salud Mental de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Prof. del Doctorado y la Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. E-mail: astolkiner@gmail.com

figuración de la relación entre el poder y los cuerpos en la que la medicina habría sido llamada a constituirse en dispositivo de normalización y ordenamiento. La “población” (una categoría abstracta que subsume el contenido político de pueblo) convertida en valor para los Estados nacientes, devino objeto de prácticas de cuidado de la salud que constituyeron simultáneamente una medicina de Estado, una medicina urbana centrada en las condiciones de vida de la población -buscando ordenar sus desplazamientos y sanear los espacios- y una medicina del trabajador. En síntesis una medicina que consistía esencialmente en “*un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas*” (Foucault, 2008, pág. 105). Los orígenes del proceso de medicalización están fuertemente ligados a la gubernamentalidad estatal.

Los diversos modelos, el de seguridad social bismarckiano, el inglés y el urbano francés generaron en el siglo XIX tres sistemas médicos superpuestos en el marco de los Estados liberales: una medicina asistencial dedicada a los pobres, una medicina administrativa encargada de los problemas de salubridad de la población y una medicina privada para los “pudientes”. Resulta necesario ligar esta evolución con el hecho de que tales Estados liberales se regían por la lógica central de la filantropía<sup>1</sup> en relación con los pobres, sin que la asistencia brindada se considerara efectivización de un derecho (Donzelot, 1979; Torrado, 2003). La filantropía y el higienismo construyeron discursos específicos en los que la moralización se articuló con la lucha contra las enfermedades y estas se fusionaron con los problemas sociales urbanos.

En el siglo XX, y especialmente la segunda mitad del mismo, la implementación de los Estados de bienestar en los países centrales, con un exponente claro en el nacimiento del Sistema Nacional de Salud Inglés -de acceso universal y gratuito-, colocó a la salud en el campo de los nacientes derechos sociales, en un mundo bipolar que emergía del horror de la guerra más mortífera enunciando los derechos humanos como una de sus respuestas (Stolkiner, 2010).

En este mismo período, el desarrollo exponencial de la industria químico farmacéutica y de la aparatología médica, promovió la generación de un mercado mundial al que se sumaban, en la faz de financiarización de la economía, los seguros de salud como forma de acumulación con fines financieros de recursos sociales. Por ello, el proceso de medicalización adquirió un nuevo impulso que ya no se centraba en la acción estatal, sino en la del mercado. La “*mercantilización de la salud*” (Laurell, 1994), designa la transformación de las prácticas, tecnologías y los saberes médico-científicos en bienes transables cuyo acceso requiere de un sujeto capaz de entrar al mercado como consumidor o cliente. Se comenzaban a sentar las bases para la era que Lucien Sfez denominará de “*la salud perfecta*”, en la cual la salud se constituye, en un imperativo moral y la “*utopía*” de la época, “*pregnancia de la utopía médico-hospitalaria de una salud total*” (Sfez, 2008, pág. 15).

En este escenario confluyen tres elementos con tensiones y antagonismos entre sí. Por un lado la ampliación de la idea de derechos y la circulación contradictoria de los derechos humanos como categoría de occidente, por lo que se genera la idea de la salud y del acceso a sus servicios como derecho humano y ciudadano (Stolkiner, 2010). En segundo lugar, la legitimación y posterior entrada en crisis del modelo médico-científico, cuya eficacia pragmática no bastó para que sus resultados llegaran al conjunto de la población y cuya acción demostró tener potenciales resultados dañinos (de allí el nacimiento del término *iatrogenia*). Finalmente, el desarrollo de un notable mercado de los recursos financieros y técnico-científicos de la atención en salud con necesidades de expansión que devienen de la misma lógica de sus instituciones y que para ello debe capturar el deseo de los potenciales consumidores (Stolkiner y Ardila, 2012).

Se trata de una confluencia cuyo núcleo central es el antagonismo fundamental de nuestra época, aquel que se plantea entre *objetivación* o *subjetivación*. Este constituye una tensión entre la tendencia a que todos los aspectos de la vida e inclusive la vida misma adquieran *condición mercantil* (Apparudai, 1991)<sup>2</sup> por un lado, y la emergencia de actores y movimientos sociales en el polo contrario con un discurso basado en los derechos de las personas y la vida, por el otro.

Este proceso de medicalización acompañó en América Latina la configuración de los Estados nacionales y su evolución posterior con formas propias. Los modelos europeos de organización

y prestación de servicios tuvieron una fuerte influencia, pero adquirieron formas particulares en contextos distintos. En las corrientes actuales de historiografía de la salud suele señalarse que la interpretación foucaultiana de la medicalización y el disciplinamiento tuvo particular fecundidad para analizar las formas modernas, pero en su aplicación rígida muchas veces

*"...terminaron ignorando el examen de las mediaciones y particularidades que de modo específico -es decir en un tiempo, un lugar y una sociedad históricamente concretas- recorren la trama tejida por el poder, el Estado, las políticas públicas, los saberes, la vida cotidiana, las percepciones de la enfermedad y las respuestas de la gente común" (Armus, 2005, pág. 17).*

En la Argentina la entrada de la medicina científica en las vidas singulares de la "población", también fue impulsada por el Estado desde su fundación. Hasta mediados del siglo XX, se instituyó la asistencia estatal filantrópica para pobres, a la que se agregaron las mutuales espontáneas de los trabajadores y la asistencia privada para los pudientes<sup>3</sup>, constituyendo el embrión del futuro sistema de atención en salud del país. Una de las particularidades de ese período fue la presencia de médicos-políticos e higienistas (Alvarez y Carbonetti, 2008) con fuerte influencia no sólo en la fundación de establecimientos asistenciales, sino también en acciones generales

y políticas destinadas a enfrentar los problemas que planteaban el nuevo modo de vida urbana, la migración masiva, las formas y hábitos de vida de los sectores populares, y las epidemias. Es también en esta fase que el alienismo se instala en el modelo de abordaje de la locura. Así,

*"la medicalización, al concebir la sociedad como un organismo que producía en su seno individuos degenerados, hará de lo patológico la categoría conceptual a partir de la cual podía ser pensado lo normal y por lo tanto desde la que se plantearán la integración y la segregación" (Ruibal, 1996, pág. 194).*

Un nuevo ordenamiento social, durante el primer gobierno peronista (1945-1955) generó políticas sociales dirigidas a colectivos, bajo la forma particular que los Estados de bienestar de base keynesiana adquirieron en el subcontinente. Con la creación del Ministerio de Salud, que inauguraría Ramón Carrillo, se

elaboraron planes nacionales y hubo un decidido desarrollo de la infraestructura hospitalaria. En el mismo período, al crearse la CGT, se institucionalizaron las Obras Sociales -herederas y reemplazo de las mutuales espontáneas-, incluyendo el aporte de los empleadores, bajo el modelo de la seguridad social. Luego del derrocamiento militar de este gobierno en 1955, durante la dictadura del general Juan Carlos Onganía (1966-1970), se hizo obligatoria la afiliación a las mismas que, al pasar a cubrir a todos los trabajadores asalariados y sus familias, requirieron la contratación de servicios constituyéndose en el principal motor del desarrollo del sector privado (Stolkiner, 2009a).

Como derivación de ese proceso resultó un sistema de salud con alto nivel de fragmentación y segmentación, que se dirige a sujetos distintos, tiene distintas fuentes de financiamiento y se basa en conceptualizaciones diversas de derechos. Coexisten en él un subsistema estatal que tiene por sujeto al ciudadano -aunque buena parte de la población lo sigue considerando



asistencia filantrópica para pobres-, un subsector de Obras Sociales ligado a los derechos del trabajador, y el privado cuyo sujeto es el cliente o consumidor, con articulaciones diversas entre ellos. La posterior reforma inconclusa de los noventa trató de colocar todo el sistema bajo la lógica de la competencia mercantil, retrocediendo en cuanto al reconocimiento del derecho al acceso igualitario a los servicios. En la última década se ha reflatado a nivel nacional y en foros internacionales (OMS/OPS) el discurso de la Atención Primaria de la Salud desde una perspectiva de derechos, retomado a nivel nacional.

Este proceso, someramente sintetizado, fue incorporando la atención médica y el uso de medicamentos como parte de las estrategias de cuidado de la salud de la mayoría de las familias, especialmente de las capas medias. Es sobre esas prácticas cotidianas que avanza la medicalización ligada a la mercantilización, a la par que –antagónicamente- se profundiza la tensión entre ello y la presencia de actores fuertemente contruidos en la trágica historia reciente, que han logrado irradiar en la cultura conceptualizaciones de derechos. Entre ellos los que tienen por sujetos a los niños, niñas y adolescentes.

En este debate, y ante la existencia de sectores con déficit de acceso a la atención médica, la necesidad de garantizarlo de manera equitativa suele hacer olvidar que el derecho a la salud incluye también el derecho a la no medicalización (Stolkiner, 2010). Por ejemplo, la provisión gratuita de medicamentos, una medida indispensable para garantizar el derecho a la salud de buena parte de la población, si no se acompaña de prácticas integrales de cuidado y de un cambio sustancial en la relación profesional/usuario, puede fortalecer la tendencia a la prescripción –no siempre necesaria- de un fármaco, favoreciendo el consumo (y no el uso racional) de medicamentos en los sectores más desprotegidos.

### Infancias: entre los derechos y la objetivación

Así como el proceso de medicalización fue un componente más de la forma particular de configuración y ordenamiento de las sociedades en los Estados modernos, también las familias fueron colocadas en un lugar neurálgico en la articulación entre la sociedad y el Estado, dando lugar a políticas de policiamiento tal como la promoción de la mujer/madre como educadora y auxiliar del médico al interior del hogar (Donzelot, 1979), bajo los lineamientos de higienistas y filántropos.

Los niños/as se constituyeron en objeto de políticas, instituciones y prácticas tendientes, por un lado, a garantizar su desarrollo, por otro, a mitigar el riesgo que significaban cuando se desbordaba el cuidado y tutela parental en los sectores populares. Se plasmó, en los Estados nacientes, una doble y contradictoria representación de la infancia que aún tiene vigencia: ingenuidad y fragilidad por un lado, peligrosidad por otro. Una de ellas “en peligro” y la otra “peligrosa”.

En la retaguardia de la familia, el Estado limitó los alcances de la patria potestad arrogándosela allí donde ésta no era capaz de respetar la normativa y la moralidad filantrópica (Torrado, 2003).



Por Ma. Alejandra Sendón.

Cuando el trípode Estado-familia-escuela era rebasado en su función porque las condiciones de vida precipitaban los niños a la calle, se aplicaban diversas formas de confinamiento. En la Argentina, entre 1880 y 1912, se internaron 32.725 niños, de los cuales el 51% murieron en los asilos (Ríos y Talak, 2006). En 1913 la Ley Agote promovería la creación del Patronato Nacional de Menores, generando un paradigma tutelar de fuerte pregnancia en las representaciones hegemónicas.

Junto con los Estados de bienestar en la segunda mitad del siglo XX y la enunciación tanto de los derechos sociales como de los derechos humanos, comenzó un cuestionamiento social de las formas de respuesta a las problemáticas del campo social, entre ellas las instituciones “totales” como los asilos, manicomios, etcétera (Luciani Conde, 2008). En 1959 las Naciones Unidas proclaman la Declaración Universal de los Derechos del Niño iniciando la doctrina de Protección Integral de la Infancia. Este proceso culmina en 1989 con la aprobación en la ONU de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que marcaría un cambio radical al pasar de las políticas de protección al niño a la de protección de sus derechos, un enfoque que antagoniza con la objetivación de las medidas anteriores tutelares y/o asistencialistas (Stolkiner; 2009b).

En el período más prolongado de expansión del capitalismo, desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta la crisis de mediados de los setenta, se aceleraba también la transformación de instituciones centrales a la configuración de la infancia, como la familia y la escuela. Simultáneamente, la medicalización llegaba hasta los inicios mismos de la vida al transformar el nacimiento en un objeto de prácticas médicas. La puericultura había hecho del cuidado de los lactantes una práctica que debía ser “científicamente” orientada por la medicina, y el mercado encontró articulación con ello. Un temprano ejemplo de hibridación entre el discurso médico y los intereses de las industrias, fue la prescripción del reemplazo de la leche materna por las fórmulas industriales desde finales de los años cincuenta. El retorno a la lactancia, de forma igualmente prescriptiva, se produjo ante los efectos mortíferos de la alimentación por fórmula en los países pobres.

Cabe reconocer que también es la etapa en que los recursos de la medicina dan cuenta de poder vencer enfermedades epidémicas -como la poliomielitis- y/o infecciosas, a partir de la industrialización de los antibióticos y las vacunas, a la par que comienzan a mostrar sus primeras fallas y excesos, y se hacen evidentes las falencias para garantizar de manera equitativa el derecho a la salud, recientemente enunciado, en los países capitalistas y especialmente en los de menor desarrollo.

Esta fase culmina en la crisis de los setenta, de la cual se responsabilizaría a los modelos de Estados sociales y su intervención reguladora en la sociedad y la economía. Los postulados de lo que se dio en llamar “neoliberalismo” y su par, los Estados “neoconservadores”, plantearon la necesidad de liberar las fuerzas del mercado, a esta altura “globalizado”, considerando que era el mejor productor y distribuidor de bienes y servicios. Se inauguraba un período de veloces y drásticas transformaciones que culminó en la crisis de finales del siglo XX en América Latina y hoy tiene su epicentro en los países más desarrollados.

Excede los límites de este trabajo el análisis de esta fase, pero resulta necesario señalar que al amparo de la hegemonía del mercado se retornó a una idea neodarwiniana de la organización de la sociedad, representada como individuos en competencia, y se reflataron modelos propios de los Estados liberales -remozados- con respecto al asistencialismo y la pobreza. La implementación de las políticas sociales focalizadas, dirigidas a paliar los efectos de la concentración de la riqueza, requería de un desmantelamiento de la idea misma de derechos sociales universales garantizados por el Estado, y de la naturalización de las condiciones de desigualdad. En el informe del Banco Mundial de 2000/2001 esto se sintetiza en una frase:

*“los efectos de las reformas del mercado no son los mismos para los distintos grupos que integran una economía: hay ganadores y perdedores, y entre estos pueden figurar los pobres... los efectos negativos de las reformas en los pobres pueden compensarse en otras esferas, como los sistemas de protección social” (pág. 38).*



En el campo de la salud, se plantea que sus servicios de asistencia deben ser regulados básicamente por los mercados, garantizando solamente coberturas mínimas o esenciales para quienes no acceden a ellos y desestimando la acción estatal: *“la prestación de servicios de salud estatales en un entorno no competitivo probablemente resulte ineficiente o de baja calidad”* (Banco Mundial, 1993).

Globalizadas y libradas a su expansión en competencia, las grandes industrias y empresas financieras del campo de la salud, que llegan a representar el 8% del PBI Mundial, se expanden infinitamente. Por poner un ejemplo: a finales del siglo XX se estimaba que para mantenerse en el mercado mundial los laboratorios debían lanzar cada año dos o tres productos capaces de superar mil millones de dólares de venta (Bouguerra, 2001). La expansión de este mercado se acompaña de un discurso neobiologista que se construye ideologizando los avances de la biología, la farmacología y la genética.

Antagonizando con esto, y en la misma etapa, aparecen voces y actores a nivel mundial que profundizan las ideas de derechos. Entre ellos los de los niños/as y adolescentes. Coinciden históricamente una profunda enunciación de derechos con masivas violaciones de los mismos.

En la Argentina la Convención de los Derechos del Niño se plasmó en ley en 1990 y fue incorporada a la Reforma Constitucional de 1994. En esa década, no obstante, el desempleo, la precarización del empleo y la disminución de los gastos sociales del Estado, impulsaron a la pobreza a numerosos grupos familiares, en su mayoría los de mayor natalidad, produciendo una generación de infancia en desamparo. Las familias incluidas en el mercado se vieron conmovidas por el impulso al consumo ligado a la satisfacción inmediata, que incluyó a los niños como actores. También fueron tensionadas por el temor a quedar fuera del sistema y por la incentivación de la competencia, lo cual influyó en las prácticas parentales promoviendo altos niveles de exigencia de rendimiento hacia los hijos, *“sujetados a un marcapasos social que suele asumir un ritmo cocalítico”* (Vasen, 2000, pág. 19)

Por su parte, la institución escolar dio cuenta de una crisis profunda al desarticularse la función que había cumplido en los períodos anteriores, al volverse lábil su relación con el Estado, y al enfrentar un nuevo mundo de comunicación e imagen y una transformación de las subjetividades que conmovía sus supuestos de aprendizaje. Finalmente, el trabajo infantil precario produjo la novedad de que algunos niños eran el sostén económico de sus padres.

Al fragilizarse sus instituciones fundacionales modernas, la infancia se atomizó en las infancias diversas que incluían desde su acortamiento cronológico hasta la posibilidad de su “destitución” simbólica (Corea y Lewkowicz, 1999).

Esta etapa culminaría en la crisis de 2001, seguida a partir de 2003 de una fase de redefinición de la relación entre Estado, economía y sociedad en el marco de políticas neo-keynesianas. En un momento de reordenamiento geopolítico y ante la deslegitimación de las políticas neoliberales, en diversos países de América Latina se produjeron cambios que retomaban la idea de intervención reguladora del Estado en la economía, incremento de la masa salarial para el desarrollo del mercado interno y políticas sociales de alcance más amplio. En la Argentina se promulgaron leyes que extendían o garantizaban derechos ante la permeabilidad estatal al reclamo de distintos actores sociales. En salud se pueden mencionar la Ley sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), la Ley de Derechos de los Pacientes (2009) y la Ley Nacional de Salud Mental (2010), además de la regulación de la medicina prepaga (2011). En materia de políticas sociales se impulsó la Asignación Universal por Hijo (2009) que extiende la asignación familiar a grupos de trabajadores y desempleados que antes no estaban cubiertos por ella, y establece -lo cual fue tema de debate- contraprestaciones de escolarización y cumplimiento de plan de cuidados médicos por parte de los padres como condición para acceder a una parte del subsidio.

La Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2006) proveyó una herramienta para comenzar a des-instituir prácticas que todavía se fundamentaban en el ideario de la Ley de Patronato de Menores, tensión que permanece hasta la fecha y cuya evo-

lución depende de profundos cambios de la cultura institucional y social, dado que se trata de revertir la representación misma del niño como objeto de cuidado o de control.

No obstante, hay que reconocer que en el corazón de la propuesta neo-keynesiana sigue estando el consumo como motor de la economía. En un mundo comunicacional y económicamente “globalizado”, el paradigma del consumo tiende a acompañarse de la idea y necesidad de satisfacción inmediata, solución veloz del problema y ausencia de malestar.

Por su parte, la infancia y la adolescencia son disruptivas. Los/as niños/as y los/as adolescentes son analizadores privilegiados de las instituciones. Sus actos develan y ponen en el discurso social y en las instituciones, aspectos naturalizados o invisibilizados. Al entrar una generación nueva en escena entra necesariamente una nueva mirada sobre los hechos cotidianos y suceden actos que iluminan de otra manera los instituidos sociales. No obstante, ser analizador es distinto de ser actor. El analizador produce un proceso de revulsión del discurso y del sentido sin que necesariamente haya en su acto intencionalidad de hacerlo. Un joven que protagoniza un acto de violencia escolar pone en escena toda la institución y la sociedad, lo hace con el cuerpo, pero no necesariamente ha tratado de cambiar algo. Simplemente puede haber reaccionado a una

situación insoportable. Constituirse en actor requiere recuperar el sentido de ese acto en la palabra.

Frente a este carácter disruptivo, frente a la necesidad en los sectores medios de potenciar el rendimiento de sus hijos y ante la “peligrosidad” de la infancia y adolescencia en desamparo, una vez más la medicalización aporta un elemento de “normalización” objetivante. Se trata de la psicopatologización de las niñas, niños y adolescentes que se empareja con el avance de las empresas productoras de psicofarmacología sobre el “mercado” de la infancia.

### La Psicopatologización de la infancia: un mundo feliz

El campo de la salud mental es uno de los que materializa de manera transparente el antagonismo entre subjetivación y objetivación inherente a nuestra época. En él la prác-

tica curativa ha incluido la posibilidad de privar de libertad a una persona en nombre de su curación, así como lo hacían las instituciones tutelares de la infancia en nombre del cuidado. Como lo mencionara, es a partir de la segunda mitad del siglo XX que comenzaron sus transformaciones y cuestionamientos, dando lugar a la aparición de formas comunitarias de asistencia. El marco de esta transformación fueron los Estados de bienestar y la expansión de las ideas de derechos. Paradójicamente, una de sus herramientas fue el desarrollo de la psicofarmacología, cuya eficiencia para atemperar los síntomas de las situaciones de crisis y para estabilizar situaciones anteriormente deteriorantes facilitó la atención ambulatoria. No obstante, aún dentro de los procesos de reforma en salud mental puede reaparecer la tendencia medicalizante en el polo de la objetivación, apoyada hoy en el neobiologismo que utiliza, a los fines de su legitimación, los avances de la ciencia.

El proceso de objetivación se produce en el abordaje medicalizante de las así llamadas “enfer-





medades mentales”, por un triple movimiento: individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología y ontologizar luego el cuadro psicopatológico.

La individualización supone la categoría “individuo”, de clara raíz moderna, que permite considerar “lo social” como externo al fenómeno en observación, si en cambio se utiliza la categoría “sujeto” o “subjetividad” lo social es parte constitutiva de la singularidad.

*“El sujeto no es algo que pueda ser alcanzado directamente como una realidad sustancial presente en alguna parte; por el contrario es aquello que resulta del encuentro cuerpo a cuerpo con los dispositivos en los cuales ha sido puesto en juego... antes que ninguno el lenguaje”* (Agamben, 2005, pág. 93-94).

La dualidad individuo-sociedad es reemplazada por la articulación entre genérico y singular.

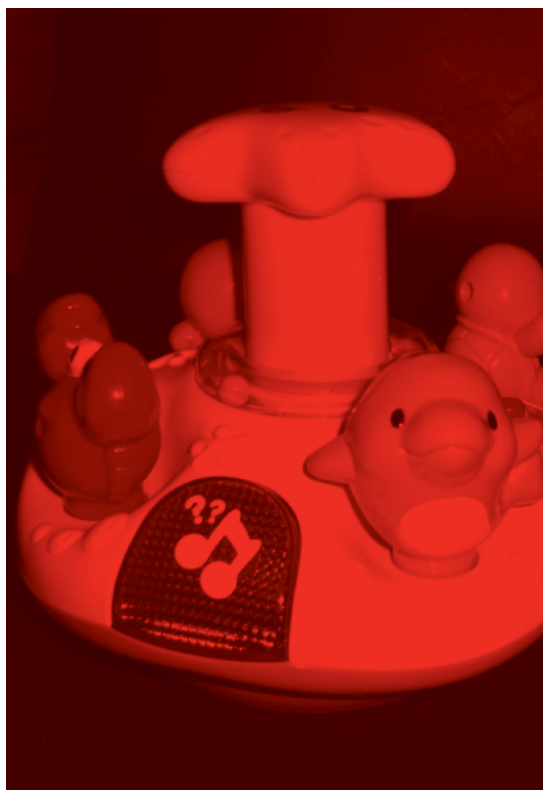
La reducción implica negar la complejidad del proceso. Si bien la psicopatología puede ser una herramienta útil para los procesos terapéuticos, es necesario reconocer que el padecimiento subjetivo no es reducible a ella, que se produce de manera compleja y excede el cuadro psicopatológico. El sufrimiento producido por la estigmatización, por ejemplo, no es inherente a la “enfermedad” sino a la posición social de la misma. El constructo teórico “sufrimiento subjetivo” permite anular otra dualidad: la de mente-cuerpo, en él lo biológico y lo subjetivo se articulan como dimensiones a los fines de la comprensión, y no como “realidades” diferenciables. Su separación puede realizarse con fines metódicos, pero indefectiblemente:

*“la definición de salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticamente, el concepto de cuerpo subjetivo en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera persona”* (Canguilhem, 2004, pág. 63).

Renunciando a esta reducción, resulta inútil la diferenciación entre “enfermedades mentales” y “biológicas”. Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente.

Finalmente, la ontologización del cuadro psicopatológico permite transformar el proceso curativo en una acción sobre un constructo al cual ha quedado reducido el sujeto y habilita a construir el supuesto de “riesgo o peligrosidad” como una característica intrínseca de la persona, cuando puede tratarse de momentos dentro del proceso vital que requieren modos particulares de cuidado, por ejemplo, las crisis.

Todos estos procesos se aplican hoy en el avance de la psicopatologización de la infancia, como forma particular de medicalización. Malestares que son producidos por los niños, con-



ductas disruptivas que dislocan situaciones institucionales, problemas que se generan ante la crisis de las familias o la escuela, síntomas que expresan -a la manera que el niño/a puede- situaciones de abuso o de violencia, rendimientos insuficientes para las expectativas paternas, son todas problemáticas complejas que resultan reducidas a entidades psicopatológicas (explicadas generalmente de manera orgánica o aún genética) y que suponen respuestas psicofarmacológicas.

Veamos un ejemplo en el cuestionario diagnóstico Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991), que se considera de utilidad para la detección del Síndrome de Déficit Atencional y su diferenciación con otros cuadros como manía y bipolaridad. Algunas de sus preguntas no resisten un criterio mínimo sobre calidad metodológica de encuestas, tal la 96: "¿Piensa demasiado sobre temas sexuales?", que supone que el encuestado -probablemente la madre- puede "saber" lo que piensa el niño, y deja librado a su opinión lo que es pensar "demasiado" en el sexo; lo mismo con respecto a la 42, "¿Juega demasiado con sus partes sexuales?". Las hay que tienen falta de fundamentación en lo relativo a cualquier patología, cercanas a la discriminación de la diversidad (Pregunta 5: "¿Se comporta como si fuera del sexo opuesto?"). Otras refieren directamente a problemas de disciplina, como desobedecer en la escuela o en la casa (22 y 23) o discutir mucho (3), o a cuestiones culturales del lenguaje (90: "Lenguaje obsceno, dice malas palabras")<sup>4</sup>. Todas ellas llevan a un diagnóstico "individual" del niño/a o joven. Esta herramienta no permite diagnosticar una situación donde un niño es abusado o violentado (aparecerá allí -si lo hace- como ansiedad, conductas sexuales "atípicas" o mala conducta), no discrimina el bajo rendimiento ligado a la desnutrición o malnutrición, ni la desatención por cansancio del niño que trabaja precariamente. Tampoco detecta los momentos de tensión o crisis familiar o el desfase entre el interés de un niño "multimedia" y los recursos de la escuela. En síntesis, tenemos una herramienta que no sirve para detectar los principales problemas de las infancias actuales. No obstante, en base a su aplicación se decide la prescripción de psicofármacos, cuyo efecto a largo plazo no es demasiado conocido y se afirma con supuesta científicidad que se trata fundamentalmente de un problema de base "orgánica".

Sin desconocer que hay niños/as para quienes una prescripción de fármacos puede ser necesaria en el marco de una "clínica ampliada" (De Souza Campos, 2001) en la que el problema sea abordado en su complejidad, es necesario revisar críticamente la masividad con que la psicofarmacología se constituye en respuesta hegemónica y/o única. También debe revisarse críticamente la creación permanente de nuevas patologías, lo que se suele denominar "disease-mongering", o la adecuación de las nosografías a los recursos psicofarmacológicos (se crea la enfermedad para el medicamento), de lo cual es un buen ejemplo el debate actual sobre el próximo DSM V, categorización de enfermedades psiquiátricas de la Asociación de Psiquiatras de Estados Unidos.

Finalmente, en la retaguardia de estas prácticas, subsisten las tradicionales de confinamiento y reclusión como última respuesta. Las internaciones psiquiátricas tienden a aumentar y no a disminuir en este grupo etario:

*"Entre 1993 y 2002 los egresos anuales del Hospital Neuropsiquiátrico Infantil Carolina Tobar García (ciudad de Buenos Aires) pasaron de 184 a 302 y la ocupación de camas fue del 100%" (Barcala, 2008, pág. 67).*

Como lo afirmara en otro texto:

*"Existe el riesgo de que la tutela del patronato, que se deslegitimó frente al paradigma de la protección integral de derechos, retorne bajo el disfraz de la atención psiquiátrico-psicológica" (Stolkiner, 2009b, pág. 199).*

En la contracara de esta tendencia, hay discursos, representaciones, herramientas jurídicas y actores pugnando por revertir esta tendencia, situándose en el polo de la subjetivación y los derechos. Es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto que estos sean garantizados, especialmente para los niños/as y adolescentes cuyo peso y función en el presente, no sólo en el futuro, es fundamental.

## Bibliografía

- AGAMBEN, Giorgio, *Profanaciones*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora, 2005.
- ALVAREZ, Adriana y CARBONETTI, Adrián (eds.), *Saberes y Prácticas Médicas en la Argentina. Un recorrido por historias de vida*, Mar del Plata, Editorial de la Universidad de Mar del Plata, 2008.
- APPARUDAI, Arjun, *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*, México, Ed. Grijalbo, 1991.
- ARMUS, Diego, “Legados y Tendencias Historiográficas”, en ARMUS, Diego (comp.), *Avatares de la Medicalización en América Latina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.
- BARCALA, Alejandra, “Políticas en Salud/Salud Mental en la Infancia: un abordaje desde la perspectiva de derechos”, en LUCIANI CONDE, Leandro y BARCALA, Alejandra (comps.), *Derechos en la niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*, Buenos Aires, Editorial Teseo, 2008.
- BANCO MUNDIAL, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*, Washington, 1993.
- \_\_\_\_\_, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza*, Washington, 2001.
- BOUGUERRA, Mohamed, “En la jungla farmacéutica”, en *Le Monde Diplomatique*, año II, N° 21, Buenos Aires, Marzo de 2001.
- CANGUILHEM, Georges, “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica”, en *Escritos sobre la Medicina*, Buenos Aires, Amorrortu, 2004.
- COREA, Cristina y LEWKOWICZ, Ignacio, *¿Se acabó la Infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*, Buenos Aires, Ed. Lumen, 1999.
- DE SOUSA CAMPOS, Gastao, *Gestión en Salud. En defensa de la Vida*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
- DONZELOT, Jaques, *La Policía de las Familias*, Valencia, Pre-Textos, 1979.
- FOUCAULT, Michel, “Historia de la Medicalización”, en *La Vida de Los Hombres Infames*, La Plata, Altamira, 2008.
- \_\_\_\_\_, “La crisis de la medicina o de la antimedicina”, en *La Vida de los Hombres Infames*. La Plata, Altamira, 2008.
- LAURELL, Cristina, “La Salud: de derecho social a mercancía”, en *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, México, FES/UAM, 1994.
- LUCIANI CONDE, Leandro, “La problematización social de la Infancia: las políticas destinadas a la niñez y adolescencia como cuestión de Estado”, en LUCIANI CONDE, Leandro y BARCALA, Alejandra (comps.), *Derechos en la Niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*, Buenos Aires, Teseo, 2008.
- RIOS, Julio y TALAK, Ana, “La niñez en los espacios urbanos (1890-1920)”, en *Historia de la Vida Privada en la Argentina. La Argentina Plural: 1870-1930*, Tomo II, Buenos Aires, Taurus, 2006.
- RUIBAL, Beatriz, “Medicina legal y Derecho Penal a fines del siglo XIX”, en ZAIDA LOBATO, Mirta (ed.), *Políticas, Médicos y Enfermedades. Lecturas de Historia de la Salud en la Argentina*, Editorial Biblos/Universidad Nacional de Mar del Plata, 1996.
- SFEZ, Lucien, *La Salud Perfecta*, Buenos Aires, Prometeo, 2008.
- STOLKINER, Alicia, “El proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina”, en ROJAS OCHOA, Francisco y MÁRQUEZ, Miguel (comps.), *ALAMES en la memoria. Selección de lecturas*, La Habana, Editorial Caminos, 2009<sup>a</sup>.
- \_\_\_\_\_, “Niños, adolescentes e instituciones de Salud Mental”, en CALVEIR, Soledad et al. (comp.), *Del Invento a la Herramienta*, Buenos Aires, Polemos, 2009b.
- \_\_\_\_\_, “Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”, en *Revista Bilingüe Medicina Social/Social Medicine*, Vol. 5, N° 1, New York, marzo de 2010. Disponible en: [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

- \_\_\_\_\_ y ARDILA, Sara, "Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas", en *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXIII, 2012.
- TORRADO, Susana, *Historia de la Familia en la Argentina Moderna*, Buenos Aires, Ediciones De la flor, 2003.
- VASEN, Juan, *¿Post-mocositos? Presencias, fantasmas y duendes en la clínica con niños hoy*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.

## Notas

- <sup>1</sup> La Filantropía es ese instituido que, según Jaques Donzelot (1979), configura un mix público-privado que concede la ayuda sin generar derecho, dado que constituye una "respuesta a la vez política y no estatal a la cuestión social" (Torrado, 2003, pág. 581).
- <sup>2</sup> Arjun Apparudai (1991) define la situación mercantil en la vida social de cualquier cosa, como la situación en la cual su intercambiabilidad (pasada, presente o futura) por alguna otra cosa se convierte en su característica socialmente relevante.
- <sup>3</sup> Es necesario señalar que la medicina privada se reducía a las prácticas profesionales y una incipiente farmacología artesanal, muy lejos todo de la actual industria.
- <sup>4</sup> Recomendaríamos al autor de esta prueba leer la disertación de Roberto Fontanarrosa en defensa de las "malas palabras" en el III Congreso Internacional de la Lengua Española, Rosario, 2004.

### Resumen

El objetivo del trabajo es describir y desarrollar conceptualmente el proceso de medicalización de la infancia y la forma particular del mismo que es la psicopatologización. Se analiza el problema en sus dimensiones económica, institucional y de las prácticas cotidianas. La dimensión económica aborda los efectos de la incorporación de la lógica mercantil en los procesos de atención de la salud y su irradiación a prácticas y discursos sociales. La institucional analiza su relación con instituciones constitutivas de la infancia (familia, escuela, etcétera). En las prácticas cotidianas se centra en las de salud mental. La hipótesis de base es la existencia de un antagonismo central entre objetivación y subjetivación propio de esta época, que se manifiesta en el proceso en estudio ligado a la lógica mercantil. El proceso de medicalización fue inicialmente parte de la gubernamentalidad estatal, pero luego pasó a depender de la lógica de mercado. En el polo de la subjetivación se sitúa la idea fuerza de derechos.

### Palabras clave

Medicalización - Infancia - Salud mental - Derechos humanos

### Abstract

*The aim of this paper is to describe and conceptualize the process of medicalization of childhood and its particular form that is the psychopathologisation. The problem is analyzed in its economic, institutional and everyday practices levels. The economic level deals with the effect of the incorporation of commercial logic in the processes of health care and its radiation on practices and social discourses. The institutional level refers to institutions constitutive of childhood (family, school, etc). The everyday practices level focuses on mental health care. The underlying hypothesis is the existence of an antagonism between objectification and subjectification manifested in the process under study. This antagonism is linked to market logic. The process of medicalization was initially part of the state governmentality but then fell under the market logic. In the pole of subjectivity lies the core idea of human rights.*

### Key words

*Medicalization - Childhood - Mental health - Human rights*