



Revista de Antropología Social

ISSN: 1131-558X

ras@cps.ucm.es

Universidad Complutense de Madrid
España

Briggs, Charles L.

Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales

Revista de Antropología Social, vol. 14, 2005, pp. 101-124

Universidad Complutense de Madrid

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801404>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Perspectivas críticas de salud y hegemonía
comunicativa: aperturas progresistas,
enlaces letales

Critical perspectives on health and communicative
hegemony: progressive possibilities,
lethal connections

Charles L. BRIGGS

University of California. San Diego
clbriggs@berkeley.edu

Recibido: 4 de abril de 2005

Aceptado: 28 de mayo de 2005

Resumen

En este ensayo el autor propone un modelo de las ideologías y prácticas dominantes de comunicación, a las cuales se refiere como *comunicabilidad*; estas son similares al “Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez y Di Pardo, 1996). Las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos –investigadores de la medicina, epidemiólogos, etc.–; puestos en circulación por especialistas en educación para la salud y periodistas; y recibidas o interpretadas por “el público”. En vez de ser simples procesos mecánicos, las esferas de la comunicabilidad en salud –o biocomunicabilidad– constituyen un tipo de *governabilidad* que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales. Este artículo establece un diálogo con la investigación latinoamericana de epidemiología crítica y medicina social, sobre todo con el trabajo de Jaime Breilh y Eduardo Menéndez, comparando cómo los modelos propuestos por dichos autores y el que se presenta aquí analizan el poder, la inequidad social, las instituciones gubernamentales y las políticas neoliberales. A pesar de que los investigadores de la epidemiología crítica y la medicina social proporcionan unas sugerencias valiosas para las investigaciones de biocomunicabilidad, no han logrado identificar y reemplazar a las ideologías hegemónicas de comunicación y sus efectos en la salud pública. Este ensayo intenta demostrar que las dimensiones, tanto epistemológicas como políticas, de la epidemiología y la medicina social se podrían fortalecer con un esfuerzo por añadir la “comunicación” al conjunto de conceptos y prácticas hegemónicas, que los investigadores someten a evaluación crítica y que se intentan transformar. Específicamente, la comunicabilidad constituye un juego clave de herramientas para construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales.

Palabras clave: ideologías de comunicación, Modelo Médico Hegemónico, epidemiología crítica, medicina social, biocomunicabilidad.

Abstract

This essay argues that dominant ideologies and practices of communication, which it refers to as *communicability*, operate much like the “Hegemonic Medical Model” (Menéndez y Di Pardo, 1996). Hegemonic ideologies envision communication as a linear, unidirectional process in which messages are produced by experts –medical researchers, epidemiologists, etc.–, are circulated by health education specialists and reporters, and received by “the public”. Rather than being mere mechanical processes, spheres of communicability in health –or biocommunicability– constitute a form of *governmentality* that creates and ranks subjectivities and social locations. The article creates a dialogue with Latin American critical epidemiology and social medicine, particularly with the work of Jaime Breilh and Eduardo Menéndez, comparing how the frameworks proposed by these authors and the one outlined in this article analyze power, social inequality, state institutions, and neoliberal policies. At the same time that critical epidemiologists and practitioners of social medicine can provide important theoretical and political insights for informing research on biocommunicability, they have generally failed to identify and challenge hegemonic ideologies of communication and their effects on public health. The essay thus hopes to show that both epistemological and political facets of critical epidemiology and social medicine can be significantly strengthened by adding “communication” to the set of hegemonic concepts and practices that researchers evaluate critically and seek to transform. Specifically, communicability constitutes an important set of tools for constructing and naturalizing neoliberal ideologies and practices.

Key words: ideologies of communication, hegemonic medical model, critical epidemiology, social medicine, biocommunicability.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Inequidades, ideología y reduccionismo. 3. Contradicciones, productividad y poder. 4. Neoliberalismo, salud y comunicabilidad. 5. Profesionales y pueblo, hegemonía y resistencia. 6. Conclusión. 7. Referencias bibliográficas

Para Feliciano

1. Introducción

El Instituto de Medicina emitió en 2002 una señal de alarma dirigida a las comunidades médicas y de salud pública en los Estados Unidos. Los autores de un amplio informe titulado: *Unequal Treatment* (Smedley et al., 2002), sostienen que las minorías raciales en los Estados Unidos –particularmente afroamericanos y latinos–, reciben un tratamiento de peor calidad en comparación con la población blanca en una amplia variedad de enfermedades, incluso cuando se controla el efecto del estatus socioeconómico y del tipo de seguro médico. Recientemente, la medicina y la salud pública en ese país han empezado a afrontar más directamente la cuestión de las “disparidades en salud”. Así se aprecia en el establecimiento de un Centro Nacional de Salud de Minorías y Disparidades de Salud, dentro de los Institutos Nacionales de Salud, y en el objetivo del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de eliminar las “disparidades en salud” en los Estados Unidos para el año 2010 (<http://www.healthypeople.gov/>).

Sin duda, la posibilidad de que la corriente dominante en medicina y salud pública en los Estados Unidos se declare ignorante en este asunto depende de la marginalización del trabajo de los practicantes de epidemiología social (Krieger, 1999; Muntaner y Gómez, 2003), historiadores de la salud pública (Anderson, 1997; Arnold, 1993; Hunt, 1999; Molina, en prensa; Rosenberg, 1992), y antropólogos médicos críticos (Farmer, 2003; Martin, 1994; Scheper-Hughes, 1992; Singer y Baer, 1995). Esta ignorancia es quizá incluso más flagrante en el caso de dos de los desarrollos más significativos en investigación y práctica de servicios de salud de nuestra era; los movimientos de medicina social y de epidemiología crítica en Latinoamérica han llamado la atención sobre las desigualdades en salud y acceso a estos servicios durante las últimas tres décadas. Sus defensores han examinado la relación dialéctica entre salud/enfermedad y la reproducción del control desigual sobre el capital y el poder, y han escrutado los efectos de las políticas neoliberales y de los programas de “ajuste estructural” en el sector salud y otros relacionados (Armada et al., 2002; Laurell, 2000; Shaffer et al., 2005). Estos investigadores académicos y profesionales han demostrado cómo la clase social, el género y la raza/etnia no son meramente factores que afectan a los resultados de salud individuales, sino desigualdades estructurales que configuran nuestra capacidad para imaginar y alcanzar la salud (Breilh, 1996, 2003; Menéndez, 1981; Navarro, 1998). Desafiando el poder que tiene la “epidemiología hegemónica” de producir retratos aparentemente objetivos de los pueblos y la salud, los epidemiólogos críticos han desarrollado innovadoras metodologías cuantitativas y cualitativas que revelan la violencia estructural que resulta oscurecida por los enfoques dominantes, y analizan sus múltiples causas tanto en relación con los individuos como con los grupos (Breilh, 1994; Almeida Filho, 1989). Finalmente, estos investigadores han puesto de relieve el reduccionismo predominante, al realizar una crítica a la medicina y a la salud pública como sistemas ideológicos que transforman las desigualdades sociales globales en malas elecciones individuales (Breilh, 2003; Menéndez, 1981; Menéndez y Di Pardo, 1996).

Mi trabajo más reciente ha abordado las temáticas de la salud, la desigualdad y la justicia sociales desde un punto de partida diferente, el de una comprensión crítica de las políticas de comunicación. Mi argumento es que las ideologías dominantes y las prácticas de comunicación, a las cuales me refiero como *comunicabilidad*, operan de manera muy similar a lo que Menéndez y Di Pardo (1996) denominan el “Modelo Médico Hegemónico” (MMH). Las ideologías hegemónicas conciben frecuentemente la comunicación como un proceso lineal, mecánico, por el cual los mensajes son producidos, distribuidos, y recibidos. En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como: a) producido por los sectores científicos –por epidemiólogos, investigadores clínicos, científicos de laboratorio, etc.–; b) traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de las relaciones públicas, y periodistas; c) transmitido a los legos –en interacciones

médico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación—; y finalmente d) recibido por el público. Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencialidad, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos. Aunque estas ideologías dominantes describen y explican las prácticas comunicativas de un modo tan poco adecuado como aquel en el que el MMH caracteriza la salud y las desigualdades en salud, la comunicabilidad es generadora de relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar a individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas.

En este artículo vamos a establecer un diálogo entre la epidemiología crítica y la medicina social, por un lado, y la comunicabilidad tal como la hemos delimitado, por otro. Las razones son que, en primer lugar, la comunicabilidad no sólo opera de modo comparable a la corriente principal en medicina y salud pública, sino que el papel de éstas en el impulso de proyectos hegemónicos depende de la comunicabilidad. En tanto procesos sociales, ambas están íntimamente interrelacionadas. En segundo lugar, la medicina social y la epidemiología crítica suministran perspectivas extremadamente útiles para analizar el poder, la desigualdad social, las instituciones estatales, y las políticas neoliberales, por lo que me basaré en el trabajo de Jaime Breilh, Eduardo Menéndez, y otros autores, al emplear algunos de los principios básicos y de las técnicas analíticas derivadas de estos campos para teorizar sobre la comunicabilidad¹. Tercero, sostengo que los epidemiólogos críticos y practicantes de la medicina social no han llegado a identificar y rebatir adecuadamente las ideologías hegemónicas de la comunicación ni sus efectos en la salud pública, a pesar de su evidente compromiso con el desarrollo de intercambios de conocimiento no lineales y bidireccionales entre los académicos, los profesionales, los políticos, y el pueblo, particularmente aquellas partes de éste más afectadas por las desigualdades de salud y capital. Así, espero demostrar que estos proyectos de importancia crítica pueden avanzar significativamente en aspectos tanto epistemológicos como políticos, añadiendo la “comunicación” al conjunto de prácticas y conceptos hegemónicos que evalúan críticamente y tratan de transformar. Para evitar una fuente importante de malentendidos, quiero señalar de antemano que no estoy tratando

¹ Como Waitzkin, Iriart, Estrada et al. (2001a: 1597) ponen de relieve, la medicina social latinoamericana es un campo rico y diverso, no una única tradición homogénea, y lo mismo vale para la epidemiología crítica. Por consiguiente, he decidido concentrarme aquí primariamente en el trabajo de Breilh y Menéndez, citándome a algunos de sus textos clave en lugar de intentar describir la posición del amplio colectivo de autores que han trabajado en estas dos áreas, y por ello corriendo el riesgo de realizar una descripción superficial y homogénea.

aquí de *prácticas* comunicacionales en salud –otro tema clave–, sino de cómo ellas se proyectan ideológicamente.

2. Inequidades, ideología y reduccionismo

A mi juicio, una de las contribuciones más importantes de la medicina social y la epidemiología crítica, a lo largo de los últimos treinta años, ha sido desarrollar el planteamiento fundamental de Virchow (1879) de que la medicina debe ir más allá de la descripción y explicación de lo que es observable, para identificar los factores sociales, políticos y biológicos que configuran la salud, la enfermedad, y su distribución social (Waitzkin, Iriart, Estrada et al. 2001a; Waitzkin, Iriart, Estrada et al. 2001b). Breilh hace variar el foco de análisis desde la “*salud directamente observable*” a la “*salud actual*” y la “*salud real*”, es decir, desde lo que los profesionales de la salud pueden observar directamente hacia perspectivas contemporáneas e históricas sobre las fuerzas más amplias que configuran la salud, incluyendo las relaciones de dominación (2003: 73; énfasis en el original). Un aspecto crucial es que la medicina social y la epidemiología crítica abordan las desigualdades sociales en tanto que juegan un papel central en la generación de ideologías y prácticas sociales y, en consecuencia, un punto de partida crucial para proyectos epistemológicos y políticos (Donnangelo, 1975). Breilh (2003: 36) enfatiza “los efectos de la triple inequidad de la determinación de la salud: inequidad de clase social, inequidad de género e inequidad étnica” (ver también Breilh, 1996). Al igual que Paul Farmer (2003), Nancy Scheper-Hughes (1992) y otros antropólogos médicos críticos, Breilh y Menéndez consideran las inequidades en salud como parte de las inequidades sociales más amplias de poder y capital, y como medios cruciales de crear y sostener proyectos hegemónicos. Breilh nos insta a centrarnos en la inequidad en la salud, que “no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera”, en lugar de en las desigualdades de salud, “una expresión observable típica y grupal de la inequidad” (2003: 216). De forma similar, Menéndez (1981: 376) trata de precisar “los mecanismos de reproducción ideológica de la salud-enfermedad”. Esta orientación analítica identifica lo que es para mí el *quid* de la cuestión: hay que ir más allá de la simple búsqueda de desigualdades comunicativas de salud para plantear el problema de la comunicabilidad. Las inequidades no surgen meramente de un acceso desigual a las tecnologías de comunicación y al capital simbólico, por importante que sea, sino de la forma en que las personas son situadas ideológicamente en los procesos de la reproducción del conocimiento médico tal como son imaginados.

Aspectos claves de gran parte de la comunicación en salud son que ésta representa en su estructura las ideologías dominantes, de carácter lineal, así como los roles sociales que proyecta. Las personas no designadas como profesionales de la medicina o la salud pública son caracterizadas en los folletos de educación para la

salud, particularmente en las escenas introductorias de éstos, como productores de un discurso y un comportamiento, que encarnan la ignorancia y/o la resistencia, reproduciendo una presunción básica del MMH (ver Menéndez y Di Pardo, 1996: 60). La trama pasa entonces a la introducción del conocimiento biomédico, bien a través de la entrada en escena del personaje de un profesional de la salud, bien por la presentación descorporeizada de información autorizada sobre la enfermedad; ésta adopta una sintaxis más formal e incluye terminología médica. Para el final de la narración, los personajes no profesionales han incorporado esta información en sus voces y en su conducta, deparando un final feliz y libre de enfermedades (Briggs y Mantini-Briggs, 2004: 180-87). Los artículos periodísticos y los noticieros televisivos comienzan también con las voces cargadas de autoridad de los profesionales de la salud, y prosiguen después con las de personas no profesionales que tratan de asimilar el conocimiento biomédico, que están “en riesgo” de sufrir una enfermedad particular, que expresan miedo, y/o demuestran su ignorancia o resistencia. Como otros tipos de comunicación en salud, los panfletos de educación para la salud y las noticias de salud van más allá de la presentación de contenidos biomédicos para construir performativamente un modelo dominante de comunicación en salud, a los actores sociales, sobre los que recae el peso de ejecutarlo, y los parámetros epistemológicos y comportamentales que cada participante debe interiorizar. A través de sus contenidos y sus rasgos retóricos y visuales, tales textos y transmisiones mediáticas proporcionan cartografías hegemónicas de cómo debería de proceder la comunicación en salud, y enseñan a sus presuntos lectores cómo deben de interpelarse dentro de estos procesos imaginarios.

Al igual que Naomar Almeida de Filho (1989) y otros investigadores, estos dos autores consideran la crítica epistemológica y teórica, además de la transformación de los conceptos básicos de “salud”, “enfermedad” y otros, como elementos cruciales en el cuestionamiento del modo en que la medicina y la salud pública “hegemónicas” –incluida la epidemiología– los han calificado de saberes, que emanan directamente de la ciencia (ver también Laurell, 1989; Testa, 1997). Breilh (2003) y Menéndez (1981) se ocupan especialmente de las explicaciones funcionalistas y mecanicistas, posturas aparentemente empíricas que permiten a los investigadores y profesionales, encuadrados en la corriente principal, oscurecer la definición ideológica y política de sus conocimientos y prácticas. El funcionalismo y el mecanicismo legitiman lo que Menéndez y Di Pardo (1996: 269-271) describieron como las dimensiones cruciales y funciones del “Modelo Médico Hegemónico” (MMH): ahistoricidad y asocialidad, las cuales permiten mantener la ilusión de que los factores sociales, históricos y políticos son ajenos a la práctica científica y médica. Estos desarrollos convergen de modo fructífero con el trabajo de Latour (1993) y otros autores de los estudios sociales de la ciencia en lo relativo a cómo las definiciones de la ciencia descansan en prácticas de “purificación”, que crean la ilusión de que la ciencia brota directamente de la naturaleza, sin ser moldeadas en forma alguna por fuerzas sociales y políticas. Breilh

(2003) asocia el funcionalismo y el mecanicismo con lo que ha sido llamado la doctrina de la etiología específica, la cual 1) se centra en la enfermedad, en vez de en la salud, 2) atribuye cada estado patológico a una causa única y simple, y 3) caracteriza cada causa como directa e invariablemente conducente a un resultado particular, de forma lineal y unidireccional (ver también Franco, 1998; Laurell, 1982; Waitzkin, Iriart, Estrada et al. 2001a; Waitzkin, Iriart, Estrada et al. 2001b).

La medicina social y la epidemiología crítica enfatizan las cuestiones relacionadas con la ideología. Una ideología es mucho más que una *weltanschauung* estable o la –falsa– consciencia derivada de un conjunto particular de relaciones sociales y materiales. Antes bien, las ideologías conforman la posición de los profesionales de la salud, los investigadores, los pacientes y otros, en relación con las concepciones de salud-enfermedad y, como Menéndez (1981: 362) pone de relieve, impregna y estructura las instituciones (ver también Laurell, 1982). La supuesta objetividad científica suministra una base ideológica, que pretende situar a los profesionales de la salud en una posición próxima a la esfera de producción de información biomédica de autoridad (Menéndez y Di Pardo, 1996: 56). No obstante, resulta crucial distinguir dentro de “la medicina científica” las distintas, heterogéneas y cambiantes especializaciones, epistemologías, y prácticas que están incluidas en esta categoría. Los científicos de laboratorio y los investigadores clínicos de las instituciones de élite, y los epidemiólogos nacionales e internacionales, por ejemplo, se hallan en una relación ideológicamente definida con la producción de conocimiento científico muy diferente a la de, pongamos por caso, un médico rural. De un modo similar, que un médico latinoamericano disponga de libros de texto de medicina en inglés, y de una colección del *New England Journal of Medicine*, en una estantería tras su escritorio, le confirma como un consumidor directo de conocimiento médico puntero, procedente de la metrópoli. Tanto Breilh como Menéndez sugieren que las ideologías, y las racionalidades técnicas asociadas a ellas, juegan un papel crucial en la reproducción de la hegemonía y la desigualdad médica y de otros tipos (ver también Donnangelo, 1975).

¿En qué medida han sido aplicadas estas importantes estrategias de crítica epistemológica y teórica a las complejas relaciones entre comunicabilidad y salud? ¿Cómo pueden los dos enfoques enriquecerse mutuamente? Breilh y Menéndez plantean varias cuestiones cruciales. En primer lugar, hacen referencia a las inequidades comunicativas. Breilh utiliza el trabajo del sociólogo francés Pierre Bourdieu (1991), al sugerir que la cuestión no se reduce simplemente a un hecho comunicacional, sino que más bien se trata del “acceso a construcciones simbólicas y bases de información que constituyen formas de poder simbólico” (Breilh, 2003: 44). Argumenta que el enorme crecimiento de las desigualdades sociales, asociado a las políticas neoliberales han conducido a “una distancia cada vez mayor, entre... las posibilidades de comunicación y lo que sabemos de los otros, aspectos todos que guardan estrecha relación con las condiciones de salud” (2003: 183). En segundo lugar, Menéndez y Di Pardo hacen hincapié en que las prácticas médicas y la comu-

nificación en salud respecto al tratamiento del alcoholismo son fundamentalmente contradictorias: al tiempo que se ofrece información y asesoramiento diseñados para convertir a los pacientes y sus familias en sujetos informados, responsables y dóciles, el saber médico considera “al alcoholizado como un individuo que se niega a la intervención profesional y a la conversión de su comportamiento en enfermedad” (1996: 254-255). Menéndez y Di Pardo observan que la educación para la salud recibe escasa atención en las escuelas médicas, exiguos recursos, y poco interés en la práctica (1996: 256-257). En tercer lugar, Breilh (2003: 64) sugiere que, a fin de crear políticas y prácticas de salud que busquen desafiar la hegemonía y la (re)producción de inequidades, “se necesitan espacios de comunicación o de acción comunicativa –en términos habermasianos– para el dialogo entre científicos y pueblo”. Aun así, advierte de “la imposibilidad de desarrollar un estilo dialógico de comunicación entre la comunidad técnica y las colectividades populares, cuando se encuentran de por medio contradicciones sustanciales de interés entre las clases involucradas” (2003: 268), frustrando por ello la posibilidad de lograr una “praxis emancipadora”.

Desafortunadamente, Breilh y Menéndez en sus obras publicadas tienden a reproducir la aparente marginalidad de la comunicación, colaborando de esta manera a legitimar las ideologías y prácticas hegemónicas, al tratar la comunicación tangencialmente, en lugar de situar la comunicabilidad en una posición central dentro de sus respectivos programas epistemológicos y políticos. El concepto de “comunicación” –junto con el de “información”, “lenguaje”, etc.– requiere el mismo tipo de deconstrucción y de crítica política que los de “medicina”, “salud”, “enfermedad” y “epidemiología”. Más allá de la invocación a Bourdieu por parte de Breilh (2003) en el sentido de centrar la atención en el poder simbólico más que en la mera información, los autores no prosiguen la exploración de lo que podríamos llamar, en línea con Menéndez, los Modelos Comunicativos Hegemónicos (MCH), llamando la atención con el plural a su multiplicidad y fluidez. La comunicabilidad opera de manera muy similar al MMH. Breilh (2003) y Menéndez (1981) enfatizan el poder de la biomedicina para definir a los sujetos y posicionarlos políticamente. La comunicabilidad, estructurada por los MCH, está construida ideológicamente de forma similar, de tal manera que produce sujetos, los estructura jerárquicamente, reclutando entonces a individuos y colectivos para que se interpelen a sí mismos. En el caso de lo que se enmarca dentro de la comunicación sobre la salud, algunas de las posiciones de sujeto son afines a categorías biomédicas –tales como las de científico de laboratorio, investigador clínico, epidemiólogo, clínico, paciente, y “población en riesgo”, al tiempo que las posiciones de especialista en relaciones públicas, periodista, y educador para la salud –es decir, personas cuyo trabajo parece girar en torno a la comunicación– son actores centrales de la comunicación en salud, pero en gran parte excluidos de los dominios biomédicos.

Menéndez y Breilh critican las inequidades de poder en la interacción doctor-paciente y la exclusión de los saberes subalternos del discurso público sobre salud,

pero no llegan a ver cómo la propia concepción de la comunicación en salud implica precisamente el funcionalismo y mecanicismo, que con tanta habilidad someten a escrutinio. Las ideologías hegemónicas conciben la comunicación como un proceso mecánico, en el que se producen, distribuyen y reciben mensajes. El funcionalismo y mecanicismo en la comunicación son centrales para la visión “moderna” del lenguaje, que ha prevalecido en muchos sectores desde principios del siglo veinte (Bauman y Briggs, 2003). El fundacional *Cours de Linguistique General*, de Ferdinand de Saussure (1959), plantea que el fundamento de la comunicación consiste en la emergencia de un pensamiento en un cerebro, su codificación en elementos léxicos y gramaticales de un lenguaje particular, y la posterior conversión en señales auditivas de estos mismos elementos léxicos y gramaticales, dando lugar a un pensamiento idéntico. Esta construcción individualista y reduccionista del acto primordial de comunicación, por tanto, da licencia a Saussure para desarrollar lo que Jacques Derrida (1974) denomina un relato “logocéntrico” del lenguaje, que codifica la metafísica occidental dominante –y, podríamos añadir, las relaciones sociales y políticas dominantes– en la forma misma en que conceptualizamos el lenguaje. Este relato etiológico permite a Saussure que el lenguaje parezca fruto de actos individuales, que automáticamente ponen en juego un código inconsciente, que permanece ajeno a las relaciones sociales y políticas y a la historia.

Aquí tenemos el equivalente a la doctrina de la etiología específica que opera en medicina. Los MCH postulan un movimiento unilineal del discurso desde un centro de producción, pasando por procesos de diseminación, hasta los centros de recepción; puesto que este proceso es supuestamente mecánico y automático, cualquier interferencia en estos circuitos de comunicación –tal como se imaginan– puede ser achacada a problemas técnicos de transmisión o a un nodo humano defectuoso. Así, los profesionales de la salud pública a menudo culpan a los periodistas de no haber comprendido el contenido científico de sus afirmaciones, distorsionándolas intencionalmente con fines sensacionalistas –y así aumentar las ventas–, o de adoptar una actitud antagonista, que no alcanza a apreciar en su justa medida la autoridad médica y el carácter liberal de los objetivos de las instituciones de la salud pública². No obstante, la culpa recae más habitualmente sobre “el público”, particularmente sobre los miembros de las poblaciones subalternas más duramente afectadas por las disparidades de salud. A menudo se acusa a los subalternos de haber fracasado estrepitosamente en la incorporación de información biomédica, incluso cuando éstos han reestructurado desde los cimientos sus epistemologías y prácticas de acuerdo con los materiales presentados por los profesionales de la salud. Como documenta Menéndez (1981), los saberes médicos “tradicionales” o populares son

² Esta observación está basada en un estudio sobre la cobertura de la salud por parte de la prensa que estoy dirigiendo actualmente con colegas y estudiantes en la Universidad de California, San Diego. Incluye entrevistas con un amplio abanico de profesionales sanitarios –funcionarios de la sanidad pública, administradores e investigadores médicos– en lo tocante a su interacción con la prensa.

definidos en oposición a los saberes biomédicos, dificultando así ver cómo los primeros son profundamente conformados por estos últimos. Así, según las ideologías de la salud dominantes, las poblaciones pobres y racializadas son incapaces *por definición* de asimilar una adecuada información sobre la salud. Nuestro trabajo sobre una epidemia de cólera en el este de Venezuela (1992-1993), que acabó con la vida de cerca de 500 personas racializadas como “indígenas”, indica que la comprensión local de la enfermedad incorporaba tanto perspectivas biomédicas como posibles conexiones entre el brote epidémico y sucesos nacionales e internacionales. Dado su estatus racial subordinado y su virtual exclusión de la esfera pública –en aquel momento–, las autoridades de salud pública, los periodistas, y los políticos pudieron sencillamente imputar la epidemia a la “cultura indígena”, recurriendo a la visión dominante de que los “indígenas” son incapaces de asimilar la información hegemónica sobre salud (Briggs y Mantini-Briggs, 2004). Puesto que las cadenas de transmisión-recepción informativa se suponen automáticas y mecánicas, tal fracaso aparta a los individuos y colectivos, a los que se atribuye la ruptura de aquéllas del ámbito de los ciudadanos salubres, e incluso del marco de los seres humanos completos.

3. Contradicciones, productividad y poder

En buena parte de su trabajo, Breilh y Menéndez desarrollan la idea básica de que el MMH, a pesar de que se reclame para sí ser lógico, racional, consistente y fundamentado empíricamente –“basado en la evidencia”–, gira en torno a ciertas contradicciones fundamentales. Breilh afirma, por ejemplo, que la salud tiene un “carácter multidimensional y contradictorio”. Apunta que a cada clase social le corresponde un “perfil epidemiológico”, lo cual constituye “un sistema multidimensional de contradicciones” (2003: 70-71). También argumenta que el modelo básico de sujeto implica una contradicción entre la premisa de identidad biológica –las enfermedades operan de forma similar en diferentes cuerpos– y el proceso por el cual se convierte la diversidad en inequidad, especialmente la creada en torno a nociones de “riesgo” (ver también Ayres y Ayres, 1995).

La comunicabilidad está estructurada de manera similar por un cierto número de contradicciones básicas, las cuales ayudan a dotarla de poder social. Ya mencioné más arriba que Menéndez y Di Pardo (1996) señalan la forma inherentemente contradictoria en que se estructura la comunicación médico-paciente por una visión de los pacientes, al tiempo, como sujetos que deben ser reeducados, y como pasivos, ignorantes, mal informados y resistentes. Las posiciones de sujeto ocupadas por “los pacientes”, poblaciones “en riesgo” e incluso “el público” son, por tanto, estructuradas como recipientes pasivos de un saber médico del que tendrían una necesidad vital, y como cuerpos que deben ser dirigidos a través de intervenciones tecnológicas y farmacológicas debido a su incapacidad para asimilar puntos de vista científicos y modalidades de auto-regulación. La subordinación estructural de los

pacientes y otros legos a los profesionales de la salud está así garantizada por el fracaso inevitable de aquéllos en comportarse apropiadamente como sujetos de intervención pedagógica³. Tal fracaso es, por supuesto, relativo –la atención se centra con mayor frecuencia en los individuos y poblaciones subordinados en términos raciales, sexuales o de clase–, lo que es percibido como sus incapacidades se caracteriza en términos más estigmatizantes, y las consecuencias del fracaso son más severas. La categorización del subalterno como sujeto insalubre puede legitimar la denegación de derechos a la salud, conferidos a los ciudadanos salubres (Briggs y Mantini-Briggs, 2004), y denegaciones más extensas de derechos humanos (Farmer, 2003).

Trabajos recientes sobre públicos señalan la existencia de un amplio conjunto de contradicciones que surgen en el caso de los “discursos públicos”, como los mensajes de educación para la salud dirigidos a audiencias amplias y la cobertura periodística de cuestiones relacionadas con la salud. Habermas (1989) analiza cómo las ideologías comunicacionales, las instituciones, y las tecnologías constituyen una “esfera pública” que define las nociones dominantes sobre lo público, y conforma derechos para hablar por y para el público. Para llegar a ser público, un discurso debe dirigirse a una colección de “personas reales ya existentes” (Warner, 2002: 82), anónimas, las cuales poseen algunas propiedades en común conocidas y especificables; su éxito depende de su capacidad de interpelar a personas que se reconocen a sí mismas como miembros del colectivo al cual se dirige tal discurso. No obstante, los discursos públicos son, en términos de Warner, “auto-creativos” y “auto-organizativos”, el público, en realidad, es creado a través de la circulación del discurso en la medida en que la gente lo escucha, ve, o lee, y se relaciona consecuentemente con él de alguna forma –siempre en el marco de las relaciones de fuerza y diferencias de acceso a recursos simbólicos y materiales–. La declaración de los CDC⁴ en 1983 de que los homosexuales, los hemofílicos, los consumidores de heroína, y los haitianos estaban en alto riesgo de padecer el SIDA, por ejemplo, ayudó a separar la población de EE.UU. en cinco tipos de públicos –estos cuatro y la población restante, la cual presumiblemente no estaba en riesgo– (Epstein, 1996; Farmer, 1992). Las autoridades de Salud Pública, incluso cuando contratan servicios de publicidad o emiten comunicados de prensa, no pueden predecir con exactitud a quién abarcará el público de un mensaje dado, o cómo se constituirá ese público –a través del miedo, interés, desinterés, ridículo o de la protesta–. Este proceso de reificación no es accidental, sino constitutivo: la producción de un discurso público proyecta un público imaginario que sólo llega a erigirse como entidad comunicativa una vez que el discurso circula.

³ Para semejanzas en el tratamiento de norteamericanos asiáticos, de origen mexicano, y gays como sujetos pedagógicamente incapaces, ver respectivamente Shah (2001), Molina (en prensa) y Patton (1996).

⁴ N. del T.: Centers for Disease Control and Prevention [Centros para el Control y Prevención de Enfermedades].

Esta cualidad “imaginaria” da lugar a una segunda contradicción constitutiva. Como un estudio de Hollywood, que trata de maximizar las ganancias de su película, los discursos públicos se involucran en grado diverso en un proceso de totalización o universalización, con la intención de llegar a todos los posibles lectores, oyentes o espectadores. Aunque pueden estar dirigidos a “grupos” o “poblaciones” específicas, como “mujeres”, “fumadores” o “jóvenes”, el discurso de la salud pública difiere de una presentación en el gimnasio de una escuela en base a que se dirige a extraños, a individuos que son constituidos como colectividad en virtud precisamente de su recepción de determinados mensajes. Sin embargo, Warner señala que “no hay alocución o puesta en escena dirigida a un público que no intente especificar por anticipado, de incontables maneras altamente condensadas, su mundo de vida de circulación” (2002: 82). Esta contradicción conduce a menudo a errar en la diana comunicativa, al diseñar los epidemiólogos poblaciones de sujetos insalubres “en riesgo” para una enfermedad particular, y creando a continuación mensajes educativos dirigidos implícitamente a ciudadanos salubres. Al mismo tiempo que los ciudadanos insalubres se conciben como incapaces de asimilar el contenido pedagógico, las personas calificadas de ciudadanos salubres consideran su exclusión de los grupos “en riesgo” como motivo para pensar que no necesitan tomar medidas de precaución (Briggs, 2003; Patton, 1996).

En tercer lugar, la noción de que la información de salud es ofrecida “al público” como un todo contradice el modo complejo en el que la economía política estructura la comunicación, por ejemplo, mediante la regulación del acceso a lo simbólico y a las tecnologías de producción y circulación (Warner, 2002: 54-55). A fin de mantener la ilusión de que el discurso de la salud es ofrecido “al público” en general, la relación entre comunicabilidad y capital debe ser ocultada. Como la asistencia médica bajo el neoliberalismo, los discursos públicos son mercancías dentro de un mercado, sujetos por ello a constricciones en los costes de producción, en el acceso a los medios de comunicación y en la economía política de la recepción –particularmente en el acceso a las tecnologías de la comunicación, los medios, la electricidad, los lenguajes dominantes y la educación formal–.

4. Neoliberalismo, salud y comunicabilidad

Como otros practicantes de la epidemiología crítica y de la medicina social, Breilh y Menéndez prestan especial atención a la constitución histórica de las ideologías y de las prácticas hegemónicas de salud. Su trabajo converge con el de Dipesh Chakrabarty (2000), al considerar epistemologías pretendidamente ahistóricas, asociales y universales, y precisando cómo son generadas en marcos históricos particulares y cómo permanecen relacionadas a los *loci* de poder racial, espacial y político. Al igual que Asa Cristina Laurell (1997, 2000; Laurell y Ortega 1992) y otros epidemiólogos críticos e investigadores de medicina social (Armada,

Muntaner y Navarro, 2002; Navarro, 1998; Stocker, Waitzkin e Iriart, 1999; Visillac y Buchbinder, 1996), a Breilh (1996, 1997) y Menéndez (1984) les interesa particularmente cómo las lógicas neoliberales han transformado la salud, desde la década de los 80 hasta el presente, de derecho humano a mercancía que puede ser comprada y vendida –y la creciente incapacidad de inmensas poblaciones para pagar la factura–. El poder de las esferas de comunicabilidad médica, asimismo, descansa en la habilidad de proyectar la noción de que, al menos desde la época de Pasteur, el conocimiento es producido en sectores científicos a través de técnicas experimentales, y diseminado mediante los modernos dispositivos comunicativos –desde las publicaciones científicas a las prácticas clínicas y los medios de comunicación de masas–. Aunque los canales específicos pueden cambiar –tal como la actual utilización del correo electrónico, Internet, y la videoconferencia–, la estructura es aparentemente universal y estable.

No obstante, las políticas neoliberales han reconfigurado tanto la comunicabilidad como el mercado médico. La diferencia radica no sólo en el mero cambio de los mecanismos comunicativos, sino en las nuevas prolongaciones de las esferas de comunicabilidad. La creciente desigualdad social ha conducido a mayores desfases de capital simbólico y de acceso a las tecnologías comunicativas. Los regímenes neoliberales de “ajuste estructural”, en líneas generales, han concentrado aún más las áreas que se perciben como productoras de conocimiento médico en Europa y los Estados Unidos, con alguna participación asiática. Esto significa que regiones y países enteros son relegados al estatus de receptores de conocimiento de autoridad, dependientes de las organizaciones internacionales (OMS, OPS, UNICEF, UNAIDS⁵, etc.) y de las organizaciones no gubernamentales para su conexión con aquellas áreas de producción. Así, los países de la “periferia” mantienen una relación de comunicabilidad con las metrópolis similar a la de las poblaciones subalternas en el interior de aquéllos. Incluso cuando los sectores de salud en los “países periféricos” comparten las mismas epistemologías que las instituciones metropolitanas, o cuando han producido teorías y estrategias altamente sofisticadas –como la epidemiología crítica y la medicina social en Latinoamérica–, su estatus de comunicabilidad niega credibilidad a cualquier conocimiento que puedan producir. En consecuencia, incluso los practicantes más progresistas en Europa y Estados Unidos sienten escasa necesidad de informarse sobre estos cuerpos de producción académica. Cuba plantea un desafío particular a la comunicabilidad biomédica global, ya que continúa exportando con éxito por el mundo epistemologías médicas, médicos

⁵ N. del T.: respectivamente, siglas de: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [*United Children's Fund*], y Programa de las Naciones Unidas para el HIV/SIDA [*United Nations Programme on HIV/AIDS*].

y medicamentos, pese a su marginalización económica y política (Farmer y Castro, 2004; Farmer, 2003; Torre Montejo, López Pardo, Márquez et al., 2004).

La expansión de los contenidos de salud en los mercados mediáticos indica el papel crucial de la comunicabilidad biomédica en lo que Foucault (1991) llama: las formas racionales y calculadas en que es regulada la conducta de los individuos y poblaciones –mediante su autorregulación activa– hasta llegar a ser sujetos auto-actualizables (Dean, 1999; Rose, 1996). Foucault (1990) sostiene que la salud se convierte en un imperativo ético, requiriendo de los individuos que regulen su comportamiento y se reconfiguren a sí mismos de acuerdo con los avances de los conocimientos médicos. La creciente cobertura informativa y la publicidad se convierten en elementos clave de los esquemas de privatización neoliberales, al presentar una imagen de la asistencia médica menos como un derecho garantizado por el Estado que como una mercancía, que es vendida por instituciones privadas a unos “consumidores” que realizan elecciones racionales y basadas en sus propios intereses. Dado que, aparentemente, la información de salud está disponible para todos a través de televisión e Internet, la diabetes, la obesidad, las enfermedades coronarias, el HIV/SIDA y otras “enfermedades prevenibles” pueden ser construidas como fallos en la autorregulación.

5. Profesionales y pueblo, hegemonía y resistencia

Tanto Breilh como Menéndez cuestionan la noción de que la medicina hegemónica ocupa un dominio objetivo y científico, que existe aparte de las fuerzas sociales y políticas que operan en la sociedad en conjunto. Breilh (2003) argumenta que la epidemiología está siempre unida a la hegemonía, como una herramienta fundamental para reproducir o cuestionar el poder y la inequidad (ver también Breilh y Granda, 1989). Menéndez y Di Pardo sugieren que “el médico tiende a definir su actividad no como trabajo, sino como práctica profesional y técnica ligada directamente con la producción de conocimiento científico” (1996: 15). Afirman que en la práctica médica a menudo se produce una hibridación de “la racionalidad científica” y la “racionalidad de los conjuntos sociales”, dándose así una ideologización de la racionalidad científica, y cargándola de contenidos sociales y psicológicos que surgen de las prácticas institucionales cotidianas y de las interacciones con los legos (1996: 270)⁶. Al llamar la atención sobre la producción de saberes populares, Breilh, Di Pardo y Menéndez rechazan la noción de que el conocimiento no profesional, y particularmente el subalterno, consista en copias defectuosas del conocimiento científico, respuestas pasivas a la hegemonía o, por el contrario, lugares puros de resistencia o fuentes últimas de verdad y autenticidad, presentando de este modo una rica y matizada visión gramsciana (Gramsci, 1971) de la hegemonía y la

⁶ Respecto a medicina, relaciones políticas e ideología, ver también Luz (1988).

resistencia, que está muy en línea con la obra de Néstor García Canclini (1989, 1993). Menéndez (1981), y Menéndez y Di Pardo (1996) sostienen que este proceso (re)productivo opera a través de una dialéctica. Las medicinas científica y “tradicional”, y en general los saberes lego y profesional, se (re)producen mediante una compleja red de conexiones y oposiciones. Para Menéndez y Di Pardo (1996: 20), el MMH no es impuesto desde arriba, tanto a profesionales como a subalternos, “sino que cada grupo produce y reproduce –o no– dicho saber en su propio trabajo cotidiano”.

Este proceso es paralelo al tratado por Warner (2002), que presenté previamente: los públicos no son simplemente impuestos desde arriba, sino que son constituidos en la medida en que las personas se interpelan a sí mismas de modos particulares, como productores privilegiados o receptores fallidos, por ejemplo. De forma similar, el poder social y político de las esferas de comunicabilidad depende de la disposición de las personas para reproducir las ideologías de comunicación dominantes, y para situarse en las posiciones de sujeto producidas por éstas. La “estructura de dominación/subordinación que supone siempre la autoexplotación, la autolimitación, la autoinferiorización”, que Menéndez (1981: 377) identifica como saberes médicos subalternos, opera claramente respecto a la comunicabilidad en general y a la comunicación en salud en particular, llevando frecuentemente a descartar sus propios saberes a unos individuos y colectividades relegadas a la posición de receptores ignorantes y pasivos de conocimiento biomédico. Las posibilidades para elevar críticas e imaginar alternativas son crucialmente restringidas por las economías políticas, comunicativas o de otro tipo, pero están siempre presentes.

Breilh (2003: 285) argumenta que debemos construir una alianza entre profesionales progresistas, trabajadores y organizaciones comunitarias, y “la sociedad civil de los oprimidos”, estableciendo diálogos entre las clases y saberes en competencia. El problema que identifiqué en este punto es que la forja de tales coaliciones depende de la identificación y del desmantelamiento de las esferas de comunicabilidad. El poder generado por la (re)producción de los saberes médicos no radica únicamente en sus contenidos, sino en lo que Silverstein (1976) denomina su “metapragmática”, esto es, en el modo en que las formas discursivas se insertan en, y son productoras de, las relaciones sociales. La aceptación de la noción de que hay lugares de producción y lugares de recepción, conectados por tecnologías comunicativas, privilegia a los lugares de producción y a los discursos que generan, concediendo por ello a éstos últimos unas posibilidades mucho mayores de circulación y de conseguir poderosos efectos sociales, políticos y médicos. Breilh (2003: 40) afirma que “el punto de partida es ubicarnos en el escenario histórico como productores de conocimiento”. Mientras operemos sobre la base de estas ideologías, tendremos a caer en el clásico juego de manos de la modernidad, desalojando a los actuales ocupantes de lugares de producción de conocimiento, e intentando colocarnos a nosotros mismos y a nuestros partidarios en ellos. Bruno Latour (1987)

afirma que tales estrategias de sustitución son constitutivas de la práctica científica o, al menos, de posiciones que alcanzan –temporalmente– preeminencia.

Breilh (2003: 287) afirma que la epidemiología crítica es un

discurso metacrítico... que integra todas las voces y relatos –el relato étnico, el relato de género, el relato de clase, el relato generacional–, asumiendo todas esas voces como relatos de oposición al poder dominante, articulándolas en la contradicción con los mecanismos de explotación económica, dominación política y coerción cultural que operan en la base de todos los procesos destructivos de la salud.

Este posicionamiento es bastante próximo al de Paul Farmer (2003: 17), cuando argumenta que “los abusos de derechos humanos [incluyendo abusos de derechos médicos] son entendidos más adecuadamente –es decir, aprehendidos de modo más preciso y amplio– desde el punto de vista de los pobres”. Donna Haraway (1992), Gayatri Spivak (1988) y otros han señalado la forma en que esos procesos de representación reproducen frecuentemente las epistemologías y relaciones de poder dominantes (ver también Breilh, 1996). Mi planteamiento es que la inclusión de las voces de los subalternos o la creación de diálogos entre ellos y los profesionales no cuestiona, de por sí, las esferas de comunicabilidad que marginalizan las visiones de la salud subalternas y legas en general, y que nacen de las noticias, los debates sobre políticas públicas, las publicaciones profesionales y el discurso público sobre la salud. Tratar de situarnos a nosotros mismos y a nuestros partidarios, incluyendo a miembros del pueblo, en los lugares de producción de discurso reproduce a la postre nuestro privilegio de reivindicar el derecho –como profesionales y miembros de la clase y raza dominantes– de reclamar la ocupación y control de los lugares de producción de conocimiento.

6. Conclusión

Mi temor es que los estudiosos y profesionales de la salud, incluso aunque encuentren persuasivo mi argumento, puedan caer en dos estrategias para relegar estas cuestiones a un lugar marginal. Una es sugerir que deberían dejarse en las manos de especialistas en comunicación y educación para la salud. La otra es interpretar mi razonamiento como una indicación de que, adoptando estrategias comunicativas nuevas y mejoradas, podemos superar las inequidades comunicacionales de salud y crear una sociedad más justa. A modo de conclusión, quisiera ofrecer algunos argumentos en contra de estas estrategias de recepción de mi formulación.

En primer lugar, relegar la comunicabilidad a especialistas reproduce el punto de vista hegemónico, es decir, la noción de que el lenguaje y la comunicación ocupan un dominio diferenciado que se organiza según sus propias normas lingüísticas y tecnologías comunicativas. Este proceso de aparente marginación y segregación deja intacta la ilusión de que la comunicación es, al menos en teoría, automática,

mecánica y universal, y que gira en torno a procesos ahistóricos, asociales y apolíticos. En resumen, al no examinar críticamente la comunicabilidad, los estudiosos y profesionales de la salud críticos reproducen los presupuestos, que organizan la hegemonía de las instituciones de medicina y salud pública, y permiten al MMH mantener su legitimidad y lograr notables efectos sociales y políticos. La comunicabilidad depende precisamente de esta aparente marginalidad y autonomía para hacer que algunas personas sean consideradas productoras de conocimiento científico; otras –los médicos–: los técnicos de ese conocimiento; unas terceras: sus traductores; unas cuartas: sus receptores con relativo éxito –es decir, los ciudadanos salubres–; y otras últimas, los sujetos insalubres: sencillamente incapaces de, o resistentes a, comprender los saberes médicos hegemónicos, y, por tanto, como responsables de los efectos de la violencia estructural sobre su salud. Así, al relegar la comunicabilidad a un lugar marginal, dejamos intacto un importante conjunto de estrategias de (re)producción de la hegemonía y la inequidad: a saber, las ideologías y prácticas que permiten a la medicina y a la salud pública colaborar en el mantenimiento de la hegemonía y fomentar políticas neoliberales.

En segundo lugar, la idea de que una mejor aproximación al “marketing social” o colocar más información de salud en los medios de comunicación resulta capaz, por sí mismo, de disminuir las inequidades de salud es precisamente el tipo de posicionamiento que estoy criticando, no el que propongo. La comunicabilidad hace referencia a ideologías, tecnologías y prácticas que (re)producen la configuración de poder existente, y que se basan en relaciones diferenciales con el capital, simbólico y material. La comunicabilidad, por tanto, no se limita a hacer referencia a palabras, códigos, aspectos cognitivos o modelos de habla y escritura, la comunicabilidad no está restringida a la “comunicación”, del mismo modo que el MMH va más allá de la salud, la enfermedad y la atención médica. Requiere cambios sociales radicales desafiar el poder de la comunicabilidad para generar inequidades y reducirlas a “diferencias culturales”, y borrar la violencia médica estructural del discurso público.

Finalmente, Jesús Martín-Barbero (1987) arguye que no vivimos simplemente en sociedades con medios de comunicación, sino en sociedades mediatizadas, en las que los medios conforman nuestras identidades e incluso nuestro concepto de sociedad. El discurso sobre salud incluye así conceptos mediatizados de antemano, no sólo cuando son reinterpretados por los periodistas. Los investigadores de los estudios sociales de la ciencia afirman que “la racionalidad científica” no sólo es modelada por las prácticas sociales e institucionales, cuando es puesta en práctica por los médicos, sino que las construcciones populares sobre raza, género, clase y sexualidad conforman las categorías epidemiológicas y las nociones de causación desde la raíz (Haraway, 1997; Harding, 1993; Latour, 1993). Un proyecto de investigación en curso sobre salud y medios de comunicación en Cuba, México, Estados Unidos y Venezuela indica que las instituciones de salud pública y los movimientos socia-

les se guían cada vez más por la lógica de los medios (Altheide ,1995), de forma tal que los especialistas en comunicación toman parte en la formulación de programas desde su inicio, y muchos técnicos colaboran íntimamente con profesionales de los medios para desarrollar titulares y “mensajes impactantes”. Los encuentros clínicos están modelados a partir de las imágenes de doctores, enfermeras y pacientes que cada cual trae consigo en el encuentro, y estas imágenes están conformadas por los medios de comunicación, tanto si aparecen en las noticias como en las telenovelas. Dado el poder de los medios para estructurar las esferas de comunicabilidad e implantarlos en nuestra vida diaria, hegemonía médica y comunicativa están inextricablemente entrelazadas. La marginación de las cuestiones referidas a la “comunicación” mina así finalmente el proceso de escrutinio crítico de los conceptos clave y de las prácticas de los programas de salud, que se prestan a la gobernabilidad, reproduciendo en consecuencia sus efectos hegemónicos, y limitando la posibilidad de imaginar alternativas.

Espero más bien que los practicantes de epidemiología crítica y medicina social incorporen análisis de las esferas de biocomunicabilidad en sus proyectos epistemológicos y políticos. He intentado demostrar que la comunicabilidad y la medicalización comparten una imponente, o quizá descorazonadora, serie de semejanzas. Las decisivas preguntas planteadas por Breilh, Menéndez y otros investigadores han proporcionado un estímulo crítico para ayudarme a abrir la problemática de la comunicabilidad, acerca de la cual tenemos aún mucho que aprender. Al mismo tiempo, he señalado algunas áreas en las cuales los investigadores de la salud progresistas asumen supuestos, que corren el riesgo de colaborar en la (re)producción de la comunicabilidad y de reificar las relaciones de dominación y subordinación que buscan combatir. Este artículo ha comenzado a trazar algunos caminos, por los que el análisis crítico de la biocomunicabilidad puede extender el poder de la epidemiología crítica y la medicina social. Puede que uno de los beneficios más importantes de este tipo de investigación sea una mayor capacidad para superar las barreras, que frustran los esfuerzos por construir alianzas entre los profesionales progresistas y los movimientos sociales, con el fin de establecer diálogos efectivos, desafiar el poder del Estado, y confrontar la inequidades de salud. Sin duda, el trabajo político y teórico requerido para transformar los regímenes de comunicabilidad no es más leve que el necesitado para intervenir en el ámbito médico, legal, educacional, laboral, u otros, ni menos dependiente de una distribución más equitativa de poder y recursos materiales, pero es igual de importante. De hecho, sería imposible conseguir avances significativos en estas esferas, aparentemente separadas, sin transformar también los regímenes de comunicabilidad⁷.

Traducción: Sergio Asunción

⁷ Agradecimientos: este artículo representa un diálogo con un grupo extraordinario de investigadores y luchadores por la salud y los derechos humanos de los latinoamericanos. En particular,

7. Referencias bibliográficas

ALTHEIDE, D. L.

1995 *An Ecology of Communication. Cultural Formats of Control*. New York: Aldine de Gruyter.

ANDERSON, W.

1997 "The Trespass Speaks: White masculinity and colonial breakdown". *Amer. Hist. Rev.*, 102, 5:1343-70.

ARMADA, F.; MUNTANER, C.; NAVARRO, V.

2002 "Income Inequality and Population Health in Latin America and the Caribbean". *Hispanic Health Care International*, 1, 2: 42-55.

ARNOLD, D.

1993 *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Berkeley: University of California Press.

AYRES, J.R.; AYRES, C. M. de

1995 *Epidemiología e emancipação*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.

BAUMAN, R.; BRIGGS, C. L.

2003 *Voices of Modernity: Language Ideologies and Social Inequality*. Cambridge: Cambridge University Press.

BOURDIEU, P.

1991 *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Harvard University Press.

BREILH, J.

1981 "Community Medicine under Imperialism: A New Medical Police?", en V. Navarro, *Imperialism, Health, and Medicine*. Amityville: Baywood, 149-168.

1994 *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo)*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

1996 *El género entrefuegos: Inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

1997 "Reforma: Democracia profunda, no retroceso neoliberal", en *Reforma en Salud: Lo privado a lo Solidario*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 71-115.

2003 *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Jaime Breilh y Eduardo Menéndez me concedieron el favor de criticar un borrador de este artículo. Agradezco el estímulo de Rosario Otegui para desarrollar este trabajo y las múltiples colaboraciones con Clara Martini-Briggs, que han enriquecido mi entendimiento de las inequidades de salud.

BREILH, J.; GRANDA, E.

1989 "Epidemiología y contrahegemonía". *Social Science and Medicine*, 28, 11: 1121-1127.

BRIGGS, C.

2003 "Why nation-states can't teach people to be healthy: Power and pragmatic miscalculation in public discourses on health". *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 3: 287-321.

BRIGGS, C.; MANTINI-BRIGGS, C.

2004 *Las narrativas en los tiempos del cólera*. Caracas: Nueva Sociedad y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

CHAKRABARTY, D.

2000 *Deprovincializing Europe*. Princeton: Princeton University Press.

COHEN, L.

1998 *No Aging in India: Alzheimer's, the Bad Family, and Other Modern Things*. Berkeley: University of California Press.

DEAN, M.

1999 *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.

DERRIDA, J.

1974 [1967] *Of grammatology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

DONNANGELO, M. C. F.

1975 *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira.

EPSTEIN, S.

1996 *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

FARMER, P.

1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.

FARMER, Paul; CASTRO, Arachu

2004 "Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba", en Arachu Castro y Merrill Singer (eds.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press, 3-28.

FILHO, N. de Almeida

1989 *Epidemiologia sem números: Uma introdução à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.

FOUCAULT, M.

1990 *The History of Sexuality: The Use of Pleasure*. New York: Vintage.

1991 “Governmentality”, en G. Burchell, C. Gordon, P. Miller (eds.), *The Foucault Effect*. Chicago: University of Chicago Press, 87-104.

FRANCO, S.

1998 “Anotaciones preliminares para una historia de la causalidad en medicina”, en J. Nuño, B. Bruni, S. Franco et al., (eds.), *Filosofía en la Medicina*. Carabobo: Universidad de Carabobo, Ediciones del Rectorado.

GARCÍA CANCLINI, N.

1989 *Culturas híbridas: Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.

1993 “Gramsci e as culturas populares na América Latina”, en C.N. Coutinho y M.A. Nogueira (coords.), *Gramsci e a América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 61-84.

GRAMSCI, A.

1971 *The Prison Notebooks*. New York: International.

HABERMAS, J.

1989 *The structural transformation of the public sphere: an inquiry into a category of bourgeois society*. Cambridge: MIT Press.

HARAWAY, D. J.

1992 “Promises of Monsters”, en L. Grossberg, C. Nelson y P. Teichler (coord.), *Cultural Studies*. New York: Routledge, 295-337.

1997 *Modest_Witness@Second_Millennium. Femaleman_Meets_OncoMouseTM: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge.

HARDING, S. (Ed.)

1993 *The “Racial” Economy of Science: Toward a Democratic Future*. Bloomington: Indiana University Press.

HUNT, N. R.

1999 *A Colonial Lexicon of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo*. Berkeley: University of California Press.

KRIEGER, Nancy

1999 “Embodying Inequality: A Review of Concepts, Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination”. *International Journal of Health Services*, 29, 2: 295-352.

LATOUR, B.

1987 *Science in Action*. Cambridge: Harvard Univ. Press.

1993 *We Have Never Been Modern*. Cambridge: Harvard University Press.

LAURELL, A. C.

1982 “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2: 7-25.

1989 “Social Analysis of Collective Health in Latin America”. *Social Science and Medicine*, 28: 1183-1191.

1990 *La política social en la crisis: Una alternativa para el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert.

1997 *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa*. México: Friedrich Ebert Stiftung, Ediciones Era.

2000 “Structural Adjustment and the Globalization of Social Policy in Latin America”. *International Sociology*, 15, 2: 306-25.

LAURELL, A. C.; ORTEGA, M.

1992 “The free trade agreement and the Mexican health sector”. *International Journal of the Health Services*, 22: 331-37.

LUZ, M.

1988 *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

MARTIN, E.

1994 *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.

MARTÍN BARBERO, J.

1987 *De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía*. México: Ediciones G. Gili.

MENÉNDEZ, E. L.

1981 *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Mexico: La Casa Chata.

1984 “Centralización o autonomía: La ‘nueva’ política del Sector Salud en México”. *Boletín de Antropología Americana*, 10: 85-92.

MENÉNDEZ, E. L.; DI PARDO, R.

1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.

MOLINA, N.

En prensa *Fit to Be Citizens? Public Health and Race in Los Angeles, 1897-1939*. Berkeley: University of California Press.

MUNTANER, C. M.; GÓMEZ, M.

2003 “Quantitative and qualitative research in social epidemiology. Is complementarity the only issue?”. *Gazeta Sanitaria*, 17: 53-57.

NAVARRO, V.

1986 *Crisis, Health and Medicine: A Social Critique*. New York: Tavistock.

1998 “Neoliberalism, ‘Globalization’, Unemployment, Inequalities, and the Welfare State”. *International Journal of Health Services*, 28, 4: 607-682.

PATTON, C.

1996 *Fatal Advice: How Safe-Sex Education Went Wrong*. Durham: Duke University Press.

ROSE, N.

1996 “Governing ‘advanced’ liberal democracies” en A. Barry, T. Osborne y N. Rose (eds.), *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-liberalism, and Rationalities of Government*. Chicago: University of Chicago Press, 37-64.

ROSENBERG, C. E.

1992 *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

SAUSSURE, F. de

1959 [1916] *A Course in General Linguistics*. New York: McGraw-Hill Book Company.

SCHEPER-HUGHES, N.

1992 *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

SHAFFER, E. R.; WAITZKIN, H.; BRENNER, J. et al.

2005 “Ethics in Public Health Research. Global trade and public health”. *American Journal of Public Health*, 95, 1: 12-34.

SHAH, N.

2001 *Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco’s Chinatown*. Berkeley: University of California Press.

SILVERSTEIN, M.

1976 “Shifters, linguistic categories, and cultural description”, en K. H. Basso y H. Selby (eds.), *Meaning in anthropology*. Albuquerque: University of New Mexico Press, 11-55.

SINGER, M.; BAER, H.

1995 *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood.

SMEDLEY, B. D.; STITH, A. Y.; NELSON, A. R. (Eds.)

2002 *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington: National Academies Press.

SPIVAK, G. C.

1988 “Can the Subaltern Speak?”, en Cary Nelson y Lawrence Grossberg (eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana: University of Illinois, 271-313.

STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C.

1999 “The exportation of Managed Care to Latin America”. *New England Journal of Medicine*, 340: 1131-1136.

TESTA, M.

1997 *Saber en salud: La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

TORRE MONTEJO, E. de la; LÓPEZ PARDO, C.; MÁRQUEZ, M. et al.

2004 *Salud para todos sí es posible*. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social.

VIRCHOW, R.

1879 *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der Oeffentlichen Medicin und der Seuchenlehre*. Berlin: Hirschwald.

VISILLAC, E. F.; BUCHBINDER, Y. M.

1996 *Salud: Autogestión y libre mercado*. Buenos Aires: Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

WAITZKIN, H.

1991 *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press.

2001 *At the Front Lines of Medicine: How the Health Care System Alienates Doctors and Mistreats Patients... and What We Can Do about It*. Lanham: Rowman and Littlefield.

WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A. et al.

2001a “Social medicine then and now: lessons from Latin America”. *American Journal of Public Health*, 91: 1592-1601.

2001b “Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups”. *Lancet*, 358: 315-323.

WARNER, M.

2002 *Publics and counterpublics*. New York: Zone.

Start studying Enlaces Lección 4: Perspectivas laborales. Learn vocabulary, terms and more with flashcards, games and other study tools. This set is often saved in the same folder as Enlaces Lección 1: Sentir y vivir. 67 terms. lilelow. Enlaces Lección 2: En la ciudad. 70 terms. lilelow. To protect your health and the health of its inhabitants, the Government of Costa Rica has ordered sanitary control measures for passengers upon arrival to the country. This electronic form known as "Pase de Salud" or "Health Pass" is one such control measure. From this website, you can complete your Health Pass and obtain a QR Code to show to airport authorities upon arrival to Costa Rica. Important. @inproceedings{curp2011LaSE, title={La salud en México: una perspectiva histórica, crítica, reflexiva y propositiva para transitar al futuro de la salud en México}, author={curp and Aela Hslrpb and Abel Armando Arredondo Lopez}, year={2011} }. curp, Aela Hslrpb, Abel Armando Arredondo López. Published 2011. Save to Library. Create Alert. Cite. Launch Research Feed.