

Sobre la mirada médica y su relación con el cuerpo y el trabajo en Chile

*Mario Millones**

*[...] Soy profesor en un liceo oscuro
He perdido la voz haciendo clases [...]*

*Y qué decís de esta nariz podrida
Por la cal de la tiza degradante.*

*En materia de ojos, a tres metros
No reconozco ni a mi propia madre*

*¿Qué me sucede? –Nada
Me los he arruinado
haciendo clases: La mala luz, el sol [...]*

*Y todo para qué
Para ganar un pan imperdonable
Duro como la cara de un burgués [...]*

*Por el exceso de trabajo
Veo formas extrañas en el aire
Oigo carreras locas [...]*

*Observad estas manos
Y estas mejillas de cadáver [...]*

*Aquí me tienen hoy [...]
Embrutecido por el sonsonete
De las quinientas horas semanales.*

Nicanor Parra, "Autorretrato" (fragmento),
Poemas y antipoemas



* Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile. Becario Conicyt, Doctorado Nacional 2014. Correo electrónico: <mario.millones.espinosa@gmail.com>.

INTRODUCCIÓN

Según el epígrafe, un diagnóstico médico diría que Nicanor Parra sufre de disfonía, afonía y posible sinusitis. Que su mala visión es señal de algún padecimiento ocular agudo y que presenta síntomas de alguna enfermedad mental en desarrollo, dada su vejez.

Parra, por su lado y con elocuencia, establece sin embargo la siguiente relación: sus problemas y síntomas se deben más a las condiciones laborales y a su trabajo como docente que a otros problemas o a la vejez que en él comienza aparecer. Empero, el poeta tiene el problema de no ser médico, por ende, su relato es sólo un retrato de sí y no un diagnóstico profesional.

Con la sagacidad de su mirada, Parra evidencia tanto el problema de las condiciones laborales que se manifiestan en su cuerpo¹ —el conflicto cuerpo-trabajo— como el de la autoridad² de la mirada médica, que puede diagnosticar problemas corporales y dar explicación a sus dolencias.

Germina el problema del cuerpo enfermo que corre el riesgo de volverse inútil, de ya no producir. Del cuerpo que falla e interrumpe la productividad evocada del trabajo.³ Surge en el “Autorretrato” de Parra una zona gris, en donde las consecuencias corporales derivadas del trabajo permiten interrogar la conexión entre la mirada médica y el trabajo en Chile.

El presente artículo intenta, hasta cierto punto, responder esta interrogante o profundizar en ella dejando, más bien, alguna sospecha de la misma. Para ello plantea el problema de la mira-

¹ Un estudio que hizo la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) entre Chile, Argentina, Ecuador, México, Perú y Uruguay, detectó que las principales enfermedades diagnosticadas a docentes son vrices, disfonía, enfermedades de la columna y lumbago. Y por el lado de la salud mental: estrés, depresión y angustia (UNESCO, 2005: 66-68).

² Foucault señala que “la autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones colativas a una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento” (1996: 77).

³ En otras palabras, “la fuerza de trabajo es, pues, una mercancía que su propietario, el obrero asalariado, vende el capital. ¿Para qué la vende? Para vivir” (Marx, 1975: 72).

da médica y su relación con los síntomas corporales en términos teóricos; luego, se compara la mirada médica de mediados del siglo XIX con la de finales del siglo XX y comienzos del XXI en Chile, a través del análisis de dos publicaciones: por un lado, la primera *Revista Médica de Santiago* y, por el otro, la revista *Ciencia y Trabajo*.⁴ Finalmente, se señalan los problemas que acarrea la lógica del mirar médico y su relación con el trabajo.

ADVERTENCIAS METODOLÓGICAS

Debido a que este artículo intenta analizar cambios y constantes en el tiempo, se ha elaborado una comparación histórica entre la primera *Revista Médica de Santiago* y algunos artículos de la revista *Ciencia y Trabajo* de la Asociación Chilena de Seguridad, especializada en problemas laborales desde una mirada médica, principalmente.

Como señala Castel respecto al comparativismo, lo constante no quiere decir una estructura *perenne*, sino “homología de configuraciones en las situaciones y en los procesos de cambio” (Castel, 1997: 25). De este modo, la estrategia metodológica fue buscar artículos en la revista *Ciencia y Trabajo* en los que se pudiera advertir alguna constante de la mirada médica respecto al trabajo y el cuerpo, y que fueran capaces de mostrar, en comparación con la primera *Revista Médica de Santiago*, que algo cambió y que algo también se mantuvo constante.

SOBRE LA MIRADA MÉDICA Y LA ENFERMEDAD

Nicanor Parra no calla nada en su “Autorretrato”: está él como trabajador, su trabajo, su cuerpo, sus alucinaciones, sus dolencias. No tiene el nombre técnico para sus enfermedades o afec-

⁴ Revista de la Asociación Chilena de Seguridad, organización privada que nace en 1955 con la idea de reducir accidentes laborales, los cuales para esos años alcanzaban al treinta por ciento de los trabajadores. Más información en: <www.achs.cl>.

ciones, pero sabe de sobremanera la causa de las mismas. Es su experiencia vivida la que otorga validez a su enunciación para advertir que sus problemas físicos y mentales están anclados por su trabajo.

La medicina, por lo contrario, tiene el nombre técnico de cada enfermedad, de cada síntoma y la validez de la solución. Sin embargo, su mirada es distante y esa distancia se hace problemática cuando enuncia el pronombre enfermedad: allí funda un nuevo individuo, uno que es biológico, orgánico.⁵ Desaparece entonces un sujeto y aparece una enfermedad con su propia historia construida —el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el promiscuo, por ejemplo—; aparece la explicación médica de la dolencia —el virus, la bacteria— y desaparece la explicación social de ésta.

Con la mirada médica se abre el secreto de la enfermedad. Anaxágoras sentencia “*ópsis adélon ta phainómena* / a partir de lo que se muestra debe ver lo oculto” (García Gual, 2007: 15). El organismo antes velado queda al descubierto bajo, primero, un nombre técnico y, segundo, la autoridad del mirar médico. En ese sentido, la enfermedad es aquel fenómeno que hace posible la percepción del médico en torno al cuerpo observado (Foucault, 2008: 126-127).

El síntoma es transformado por el médico en signo legible y con esta información pronostica⁶ lo que va a ocurrir evocando “lo que ha ocurrido” (Foucault, 2008: 127): exceso de algo, carencia de algo, problemas con algo.

De este modo, el mirar médico deviene técnica donde el síntoma se convierte “en signo bajo una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad o la sucesión, y a la frecuencia”

⁵ Foucault señala que en la “articulación del lenguaje médico y su objeto” (2008: 12) la mirada “ya no es reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible” (2008: 15), en su naturalidad completamente orgánica.

⁶ Carlos García Gual, en su “Introducción” a los *Tratados hipocráticos*, señala que es el pronóstico y no el diagnóstico “lo característico de ese saber médico, que ve al enfermo como paciente de un proceso, en el que el cuerpo es como el campo de batalla de factores enfrentados” (García Gual, 2007: 15). Hipócrates, a su vez, señala en “Epidemias” I y III que el médico debe “describir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro” (Hipócrates, 2007: 416).

(Foucault, 2008: 132). La mirada fue entrenada para saber con precisión qué mirar y sólo bajo ese entrenamiento la palabra médica puede descifrar el signo que el síntoma ofrece: “no hay enfermedad sino en el elemento de lo visible y, por consiguiente, de lo enunciable”, dirá el mismo Foucault (2008: 134).

Lo *enunciable* resume lo que la mirada apta puede nombrar como enfermedad. Y ésta remite tanto a la fragmentación del cuerpo en órganos y bacterias como a la distinción entre lo enfermo y lo sano ¿Será entonces que la historia de la persona, su cuerpo, puede cuestionar a la constitución de la medicina como disciplina, a su mirada? En el análisis se intentará responder esta pregunta. Antes de ello, un recorrido por la mirada médica en Chile.

LA MIRADA MÉDICA EN CHILE: DE LA HIGIENE AL AUTOCUIDADO

La mirada médica se especializa en la medida en que emergen problemas que exigen una pronta solución. Foucault (1996) planteó que en este movimiento el foco de la mirada médica pasó del enfermo a la enfermedad y, más tarde, a la salud. Sin embargo, la especialización de la mirada médica no sólo es propiedad de la medicina, también es posible advertir la participación e influencia de otras instituciones, como la industria farmacéutica (Abraham, 2010), la publicidad (Conrad, 2005) e incluso la Iglesia (Foucault, 1996), entre otras.

A continuación se pincelan dos momentos de este movimiento, al menos en el caso chileno: el primero, cuando se constituye en el país la medicina como disciplina científica, a mediados del siglo XIX; y el segundo a finales del siglo XX y comienzos del XXI.

*SIGLO XIX: LA HIGIENE
DE LA POBLACIÓN*

En la primera revista médica de Chile se puede descubrir cuál era el interés de esta ciencia en el siglo XIX. El artículo inicial está dedicado a la higiene individual (García Fernández, 1856: 22-27); el doctor Benito García se preocupa por la debilidad de las próximas generaciones respecto al gran problema de la higiene en la población. También expresa una admiración galante a la longevidad producto de una vida metódica. Menciona, por ejemplo, que la vida es un capital y, por ello, se debe seguir un “principio de conservación” (García Fernández, 1856: 26). Ofrece igualmente una serie de ejemplos acerca de hábitos que impiden conservar la vida, como el abuso del alcohol. A raíz de éstos, enfermedades y muerte llegan antes de tiempo. Posteriormente, el médico da consejos para que el hombre pueda vivir muchos años de forma robusta y sana; y la mejor manera de conseguirlo es a través de una disciplina higiénica personal.

Que el doctor Benito García refrendara su preocupación por la higiene no es casual. Vivió en la época en la que “lentamente, la formación del dispositivo médico moderno posicionaba a la sanidad como elemento sustancial de la administración estatal” (Fuster, 2013: 48). En ese entonces la medicina disputaba con la caridad el problema de la higiene en la población, separando la enfermedad de la pobreza.⁷

Ejemplo de lo anterior es el discurso inaugural de la Universidad de Chile en 1843, donde Andrés Bello señaló que “la medicina investigará [...] las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; [y]

⁷ “La reforma ilustrada de la caridad al pretender discriminar al tipo de pobre a quien socorrer propició una redefinición de los objetivos de los hospitales y asilos. Apoyándose en el desarrollo de la ciencia médica se inició una lenta pero progresiva disociación entre miseria y enfermedad” (Ponce de León, 2011: 61).

dictará las reglas de la higiene privada y pública” (Bello, 1970: 37). La higiene, así, toma el centro de las futuras políticas públicas: en 1887 se dictó la Ordenanza General de Salubridad conforme a la Ley de Policía Sanitaria. Luego se promulgó la ley que crea el Servicio de Higiene Pública y en 1892 se fundó el Consejo Superior de Higiene Pública, sólo por señalar algunos ejemplos.

Para Fuster, este paradigma constituyó a la higiene pública como “técnica de control político científico” (Fuster, 2013: 96) y Ponce de León manifiesta que “la impronta de la corriente médica higienista consolidó la mirada científica sobre los problemas de orden urbano, devenidos en un peligro real de salubridad pública y privada” (Ponce de León, 2011: 76). La higiene se presentó, así, como una nueva “moral del cuerpo para las familias pobres”, observa Fuster (2013: 122). Esta moral estableció diferencias entre limpio/sucio –equivalentes a bueno/malo– y a través de ella se instaló una idea de vigilancia de los cuerpos (por ejemplo, se creó el Consejo de Habitación Obrera). De este modo se fue construyendo la idea de cuerpos peligrosos, infecciosos, que es necesario observar, evaluar, medir y marginar,⁸ mientras que la idea de una educación higiénica⁹ tomaba fuerza.

En resumen: cuando se constituye en Chile la medicina como disciplina, la idea de higiene le permite desplegar su conocimiento sobre la población e instalar un régimen de veracidad de su propio mirar: así, su mirada trasunta autoridad, elocuencia científica y estrategia gubernamental.

⁸ Por ejemplo, el Camino de Cintura –como política del Plan de Transformación de Santiago, del intendente Vicuña Mackenna–, que constaba de un límite físico “entre la llamada ciudad ilustrada de las élites, opulenta, cristiana, y la ciudad de los pobres, la de los ranchos y tolderíos de salvajes [...] era concebido como un cordón sanitario contra las pestilencias periféricas” (Ponce de León, 2011: 125).

⁹ Fuster apunta que el discurso higienista se acopló a la idea civilizatoria moderna, la cual sedujo también a líderes de movimientos obreros de principios del siglo xx. Éstos harán hincapié en demandas sectoriales bajo la proposición del trabajador moderno “conocedor de la higiene, saludable y, por ende, moral” (Fuster, 2013: 102).

*SIGLOS XX Y XXI: AUTOCUIDADO
Y VIGILANCIA MENTAL*

Más de un siglo después de la primera *Revista Médica de Santiago*, aparece –en el año 1999– la revista *Ciencia y Trabajo* (que en un comienzo se llamó *Boletín Científico*), con el objetivo de reseñar estudios que, desde una mirada médica, analizaran el impacto de los accidentes laborales, estudiaran formas de prevención de enfermedades y accidentes, y evaluaran los tratamientos de rehabilitación para todas aquellas dolencias físicas o problemas mentales surgidos por o en el trabajo. Esta revista confirma, por cierto, tanto la paulatina especialización de la mirada médica como su relación con el trabajo o, mejor dicho, el cuerpo que trabaja.

Desde su primer número muchos artículos aludieron, de una manera u otra, a la responsabilidad del trabajador frente a la probabilidad de accidente o riesgo de enfermedad. Por ejemplo, investigadores de la Dirección Médica y otros servicios del Hospital del Trabajador refieren el consumo de drogas como potencial causa en accidentes laborales (Trucco *et al.*, 1999: 49-52); y enfermeras plantean, desde la Unidad de Vigilancia, el nivel de información sobre riesgos en el trabajo que manejan los obreros y la utilización de formas de protección como actitud preventiva (Valenzuela y Klarián, 1999: 8-9).

En la misma línea, el artículo titulado “Evaluación conductual de la impulsividad aplicada al control de la accidentabilidad” (Sannino *et al.*, 2012: 105-111) compara, desde la psicología y la prevención de riesgos, a dos grupos de trabajadores: uno que sufrió algún accidente laboral y otro que no los había sufrido hasta ese momento. A ambos se les aplicó una encuesta de la cual se concluye que aquellos trabajadores que sufrieron accidentes en el último año eran más impulsivos que quienes no sufrieron accidentes, por lo que era necesario implementar técnicas de control en el primer grupo.

Estos artículos ilustran un desplazamiento de la mirada médica hacia el trabajador individual y la complementariedad con otras disciplinas –la psicología, preferentemente– para reforzar la nueva lógica. Por ello, en la revista se manifiesta constantemente la carencia de técnicas pedagógicas para que los mismos trabajadores sean capaces de cuidar su cuerpo.

No obstante, dada la complejidad de un autocuidado efectivo, se elabora la idea complementaria de vigilancia. Ésta se constituye a través del constante monitoreo y evaluación de las condiciones mentales reflejadas en las conductas de los trabajadores, para poder anticipar posibles accidentes o enfermedades. Por ejemplo, en el primer número de *Ciencia y Trabajo* destaca un estudio de la Unidad de Salud Mental, “Una batería de cuestionarios para el estudio de estrés ocupacional” (Trucco y Valenzuela, 1999: 45-48), donde se buscan síntomas de estrés laboral en dos grupos –uno compuesto por personas catalogadas “normales” y otro de “probables casos”–, no hallándose grandes diferencias entre ambos.

Otros dos artículos, escritos desde el ámbito de la psicología, dan cuenta de este desplazamiento: uno lleva por título “Actividad laboral y carga mental en el trabajo” (Díaz, 2010: 281-291) y el otro “Avances en la utilización del NSA-TLX como herramienta para la evaluación de la carga mental subjetiva: del laboratorio al ambiente de trabajo” (López *et al.*, 2012: 233-237). En ambos se intenta evaluar la salud mental en el trabajo como forma de prevenir accidentes y maximizar tanto la satisfacción del trabajador como su eficacia, al detectar la carga subjetiva o mental en un trabajo específico.

Se advierte que junto a la naciente preocupación por el autocuidado de los trabajadores surge el interés por vigilar sus conductas para hallar síntomas que permitan prevenir accidentes o enfermedades en espacios de trabajo. En este contexto la psicología (laboral, preferentemente) viene a complementar una mirada médica que luego se analizará.

Los antecedentes descritos intentan dibujar el desplazamiento del mirar médico desde mediados del siglo XIX al XXI que, en el caso chileno, pasó de concebir a la higiene como el principal problema a destacar a la conducta del trabajador en accidentes como su responsabilidad. Si bien en el siglo XIX también se señalaba que el problema de la higiene era responsabilidad de los mismos trabajadores, el paradigma higiénico implicó transformaciones de la ciudad como una forma de pensar las relaciones personales.

En el siglo XXI, no obstante, la responsabilidad se torna individual. El espacio de intervención posible es ahora la subjetividad del trabajador —anclada muchas veces en el cerebro o el sistema nervioso—, que es donde se halla la explicación biológica del accidente y sus síntomas, transformando ya no la ciudad, sino al propio sujeto. La complementariedad de la medicina con la psiquiatría y cierta psicología es, en este punto, crucial.

En la transformación de la mirada médica se perciben al menos dos cuestiones: por un lado, cuando aparece el nombre de la enfermedad y la razón médica, de cierta manera desaparece la historia social del cuerpo y, con ella, la posibilidad de que el problema sea un agente como el trabajo y sus condiciones. Por el otro, con el eclipse de lo social en favor de lo biológico comienzan a aparecer razones económicas y una gubernamentalidad que halla en el cuerpo laborante su razón de ser, de existir y de dominio.

PRIMER PROBLEMA: CUERPO Y TRABAJO

El conflicto referido es total para la mayor parte de la población, y parece que sólo la mirada médica pudo soterrar el problema. Ésta elabora un puente, una reconciliación permanente entre el trabajo y el cuerpo a través de la reparación del último. Elaborada la dependencia cuerpo-medicina, el trabajo queda protegido

bajo el argumento biológico de la enfermedad o el descuido del trabajador.

Por ejemplo, en *Ciencia y Trabajo* se hallan artículos como “La prevención de accidentes en el proceso de enseñanza aprendizaje: una ventaja competitiva para el país. Experiencia de la Asociación Chilena de Seguridad” (Reyes, 2006: 1-5), donde el investigador insta a modificar la cultura de los trabajadores argumentando que es durante la edad preescolar cuando se deben inculcar conductas de autocuidado. Cultura que, como advierte el artículo, alcanza estatus de ventaja competitiva en el mercado laboral internacional.

En la misma senda, otro artículo lleva por título “Neurosis ocupacional” (Oyarzún *et al.*, 1999: 53-55); en él se busca identificar la relación entre estresores laborales, diagnósticos psiquiátricos y tipo de ocupación. A partir de los resultados, los autores del Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador concluyen que el término *neurosis ocupacional* aglomera muchas enfermedades, lo que torna difusa su definición. Corresponde, por tanto, que el calificativo “enfermedad profesional” se circunscriba sólo al origen del cuadro y que se omita el término “profesional”; es decir, su propuesta es que sea enunciado únicamente su pronombre orgánico como enfermedad.

También se hace evidente esta idea en el artículo “Somnolencia diurna excesiva en conductores de camiones de carga de alto tonelaje” (Salinas, Riveros y Contreras, 2008: 79-81), en el cual los médicos¹⁰ estudian la relación entre las variables de edad de los chóferes, obesidad y el tiempo laboral que bordea las trece horas diarias. El estudio concluye lo siguiente: “Cree-mos que lo encontrado debe llevar a intervenciones de distintos niveles para corregir y tratar este problema. Se requiere una vigilancia activa de la somnolencia en conductores profesionales, ofrecer soluciones a los trabajadores enfermos y me-

¹⁰ De ellos, el primero es director de la Unidad de Estadística y Epidemiología de la Asociación Chilena de Seguridad, el segundo pertenece a la Unidad de Enfermedades Respiratorias del Hospital del Trabajador Santiago y el tercero es especialista en enfermedades respiratorias del mismo hospital.

jores sistemas de control a los conductores activos” (Salinas, Riveros y Contreras, 2008: 81). Esto es: la somnolencia en este tipo de trabajo es una enfermedad que debe ser tratada como tal y que no tiene, al menos en lo que los médicos concluyen, ninguna relación con las condiciones laborales.

Con tales artículos es posible esbozar cómo la mirada médica busca síntomas médicos, biológicos, y omite al propio trabajo como agente del conflicto. Excluye una agencia social del problema del cuerpo. Paradójicamente, sin embargo, se puede advertir que tal eliminación termina en realidad por mostrar que el trabajador ha sido ya expuesto –dada su posición en el espacio social, como diría Bourdieu (2002 y 1999)– a trabajos devaluados con mayor factibilidad de enfermedad o accidente. Dicho de otra forma: la mirada médica evoca el problema de *los expuestos*: diagnostica a quienes están ya expuestos a trabajos que deterioran el cuerpo.

Illich dijo que “los síntomas certificados por el médico exceptúan a las personas del destructivo trabajo asalariado” (Illich, 1975: 29), sin darse cuenta de que, por lo contrario, es precisamente el síntoma y el nombre científico de la enfermedad lo que señala que el trabajador está expuesto a un trabajo que deteriora su cuerpo, como plantea Parra al comienzo de este texto.

El problema de las personas expuestas al accidente y a la enfermedad por el trabajo acarrea la enunciación de derechos para su protección. Escenario que, sin embargo, implica un nuevo problema. Según Brossat:

[...] derecho para todos, cuidado para todos, seguros y pensiones para todos –pero esta condición de inclusión general es un engaño: ese “todos” supone siempre y siempre más un exterior cuya condición es la cloaca o el terreno baldío, allí donde se concentra la cohorte disparatada e infinita de abandonados, de reprobados, de excedentarios. La división sólo se desplaza (Brossat, 2008: 30).

Los derechos resguardan ciertos trabajos; erigen fronteras entre trabajos, riesgos y enfermedades como reflejo de un marco protector que la posición social clasista contiene en los cuer-

pos. Por tanto, la desaparición del trabajo como agente del conflicto que se da cuando emerge el diagnóstico médico y el nombre de la enfermedad, tiene un afuera y un más allá. Cuerpos que deambulan en empleos temporales y precarios, donde aparecen dolencias y problemas mentales que ya ni siquiera existe posibilidad de relacionar con un trabajo o espacio determinados, sino con su condición de marginalidad total. Cuerpos que quedan sólo como objetos de caridad¹¹ y que exhiben entonces un segundo problema del mirar médico: el cuerpo a reparar por la medicina debe tener la cualidad de ser reparado con el fin de seguir el ritmo de la productividad.

SEGUNDO PROBLEMA: RAZÓN ECONÓMICA Y GUBERNAMENTALIDAD

En la primera *Revista Médica de Santiago*, del año 1856, el doctor García, antes del primer artículo que trata sobre la higiene, escribe una carta al presidente de Chile, Manuel Montt, donde le da a entender el papel fundamental que tiene la medicina para el desarrollo del Estado:

[...] la vida de los pobres en el campo es de mucho trabajo, de mucha ignorancia, de mucha indolencia, de poca previsión de su parte i de mucha miseria. Su extraordinaria fecundidad los carga pronto de mayor número de hijos del que buenamente pueden sostener. Sus enfermedades aumentan en razón de los hijos i la pobreza, haciéndose por estos motivos una carga bien pesada a los dueños de los fundos i al Gobierno mismo que no puede socorrerlos [...]. De aquí resulta que sus enfermedades graves son casi todas mortales. [Y termina señalando que en Chile:] como el alimento de esta industria [agrícola] no es otro que los brazos de los pobres, dirigidos por la inteligencia ilustrada de los hacendados capitalistas, resulta de aquí, que la salud de los trabajadores la deben mirar con más interés todavía que a sus capitales, porque los pobres hacen de su capital (García Fernández, 1856: 9-11).

¹¹ Para una historia de la caridad en Chile véase Ponce de León (2011).

El diagnóstico que hace el doctor Benito García de la realidad nacional acusa el siguiente problema: los pobres son necesarios por ser el principal insumo que tienen los hacendados para reproducir su capital económico, pero en tanto que pobres tienen poca previsión de sí mismos, por eso se enferman mortalmente generando gastos –“una carga bien pesada”, dice García– al hacendado y al propio gobierno. Así, los pobres representan un problema: en tanto que cuerpos enfermos, accidentados y moribundos, el trabajo productivo que realizan se ve interrumpido.

Precisamente es en la interrupción del relato laboral donde el doctor García enlaza la importancia de la naciente medicina. Con estatus científico, plantea como gran problema la idea de productividad conectando Estado, mercado y ciencia, lo cual es también la coalición gobierno, trabajo y medicina.

Atender la salud de los trabajadores es, para este médico, sinónimo de velar por la salud del capital invertido, de la estabilidad gubernamental; es hacer que la productividad de la tierra no se vea interrumpida de manera abrupta; de cierta forma, es proyectar a la práctica médica como benefactora del capital económico y de la gubernamentalidad.¹² Productividad y gubernamentalidad, por tanto, se bosquejan como el punto central de una nación naciente y de una disciplina que permite continuar el relato laboral de los trabajadores, del *homo faber*.¹³

Si para Marx el “régimen del dinero” (1999: 452) oculta el tiempo que trabaja gratis el obrero asalariado, se podría decir que el cuerpo es el territorio donde reaparece este tiempo. Dicho de otra manera: la productividad tiene su forma corpórea de visibilización. Por ello, cuando el doctor Benito García advierte la poca previsión de los pobres debido a su ignorancia,

¹² A propósito de la *gubernamentalidad* véase Foucault (2007).

¹³ Arendt (1993) sostiene que aunque para los griegos hubo diferencias entre el *animal laborans* y el *homo faber* (“la labor de nuestro cuerpo y el trabajo de nuestras manos”), en la Edad Moderna no habría más diferencia que la existente entre labor productiva e improductiva.

la cual hace que sus cuerpos se enfermen, no está evidenciando otra cosa sino la relación conflictiva (y trágica para algunos) del trabajo con el cuerpo.

Por ello, se puede establecer como hipótesis que la mirada médica ve en el cuerpo enfermo y accidentado su justificación como disciplina que, no obstante, viene a reparar el cuerpo sólo por defecto.

La mirada de la medicina advirtió la relación problemática, trágica, entre cuerpo y trabajo, la que, no obstante, fue sacrificada en desmedro de su propio desarrollo como disciplina en búsqueda de un espacio en el mapa del reconocimiento.

Emerge así la sospecha de la medicina como régimen inhumano al servicio de la productividad y de la razón económica. Advierte Brossat (2008: 8-9) que la inmunidad, al presentarse en tanto que norma general –piénsese, por ejemplo, en las normas higiénicas y de cuidado en el trabajo– se constituye como sistema de garantías y seguros del que se benefician los cuerpos; sin embargo, en realidad se confirma con ello la eventual crisis a la cual están expuestos.

Fuster considera que el problema higiénico en el siglo XIX, en la llamada “cuestión social”, se debió a viviendas insalubres, altos índices de morbilidad y mortalidad, jornadas de trabajos agotadoras y hacinamiento,¹⁴ que eran “contraproducentes para el funcionamiento de la sociedad global” (Fuster, 2013: 94). Tales hechos se pueden traducir en una amenaza manifiesta a la productividad y al desarrollo de un mercado internacional de materias primas, el cual orientó la protección médica a la fuerza de trabajo.

En ese sentido, hubo un interés común a la oligarquía liberal y conservadora en “mantener sana a la mano de obra criolla [...] que llevó al nacimiento de políticas sanitarias poblacionales [...] para tener campesinos, soldados y mineros sanos” (Sánchez, 2006: 307)

¹⁴ Para una historia de la “cuestión social” en Chile véase Salazar y Pinto (2002).

El derecho a la salud confirma, por tanto, la idea de no interrupción del relato laboral.¹⁵ Puede establecerse, así, el problema de la exclusión del cuerpo de la historia del trabajo que realiza y de la razón económica que reposa sobre él. El cuerpo, el trabajador, queda protegido sólo por defecto, pues es el relato laboral y la gubernamentalidad lo que está protegido en nombre de la salud. Se trata, en resumen, de la prolongación de aquella alianza políticoeconómica entre conservadores y liberales que da inicio al cuidado del cuerpo en el trabajo, pero con miras a que ese cuerpo escuetamente protegido, el del *homo faber*, siga produciendo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES: MIRADA, TÉCNICA, AUTORIDAD

Lo que se ha intentado comprender en este artículo es la relación entre la mirada médica y el trabajo. Considerada como técnica, aquélla vela con argumentos orgánicos el problema del cuerpo laborante. Aparece, con ello, una historia orgánica de la enfermedad, una explicación biológica, al momento que desaparece la historia social del cuerpo.

Se hace explícito este problema, por ejemplo, en el artículo sobre la somnolencia en conductores de camiones que trabajan en promedio trece horas diarias (Salinas, Riveros y Contreiras, 2008). En ese texto la mirada médica instala la idea de una enfermedad, omitiendo las condiciones de trabajo como causantes del problema, a pesar de que –dada la supresión– los autores no pueden determinar qué produce la enfermedad. En consecuencia, concluyen que es preciso seguir investigando sus causas para beneficio de los trabajadores.

¹⁵ Hecho que se torna aún más evidente cuando en la revista *Ciencia y Trabajo*, al hacer referencia a los accidentes laborales, no se alude al cuerpo del trabajador como su principal preocupación, sino más bien al efecto económico del accidente. El título del artículo es, sin más: "Accidentes laborales en Chile: tres millones de días perdidos" (Guzmán, 2006: A20-A24).

Luego, con la idea de autocontrol en las conductas de los trabajadores, la mirada médica se complementa con disciplinas como la psiquiatría o la psicología, dando lugar ahora a una historia de la subjetividad, los impulsos, el cerebro o el sistema nervioso, como sistemas orgánicos. Por ejemplo, el artículo sobre la evaluación conductual de la impulsividad para el control de accidentes (Sannino *et al.*, 2012) señala que es esta cualidad subjetiva la que causa que algunas personas tengan más accidentes que otras. Por ello, dicen, es necesario “tratar” a quienes presenten síntomas de mayor impulsividad.

Cuando desaparece la historia social del cuerpo en un diagnóstico médico, también lo hace el trabajo que realiza. Si el problema es la enfermedad que provoca la somnolencia o la impulsividad, el trabajo no tiene ningún tipo de relación con el cuerpo, sino como mera actividad equivalente a otras de la vida.

Al constituirse la medicina en Chile, a mediados del siglo XIX, se posicionó con relación a la solución del problema corporal que acarrearía el trabajo, aludiendo a la importancia de la mano de obra para el gobierno y la economía, tal cual se aprecia en la primera *Revista Médica de Santiago*, redactada por el doctor García.

En ese entonces la medicina introducía el nombre médico de la higiene, haciendo desaparecer la historia del trabajo, la pobreza y exclusión. Más de un siglo después son otras enfermedades las que siguen el mismo camino de evadir al trabajo y su relación conflictiva con el cuerpo como problema, como se ha visto en los casos de somnolencia e impulsividad.

En este sentido, la medicina se constituye en lo que Brossat (2008) denomina una “democracia inmunitaria”: por medio de reparar el cuerpo laborante inmuniza no sólo el trabajo como causa, sino un sistema económico y gubernamental que afana la vida de los trabajadores.

Se trata, en otras palabras, de las quinientas horas laborales que acusa Nicanor Parra en su “Autorretrato” y que tienen en su cuerpo en decadencia la evidencia del ritmo de la pro-

ductividad. La elocuencia del poema de Parra estriba en verificar con su mirada la causa de sus dolencias: el trabajo. Si fuese diagnosticado por un médico, sin embargo, es probable que desaparezca junto a las quinientas horas, naciendo la historia de la enfermedad y de lo orgánico.¹⁶

Se puede señalar el problema que entraña la mirada médica (muchas veces política) sobre la vida, y de su autoridad para descartar variables como el trabajo, al analizar su incidencia como causa de enfermedades o accidentes. Para la medicina, serán principalmente signos corporales y –hoy– también mentales “la base de la terapia, de las indicaciones por las que se rige el pronóstico y la medicación” (García Gual, 2007: 27). La mirada médica como técnica deja de ser entonces un mero medio.¹⁷ Al diagnosticar funda una verdad: hace aparecer la historia orgánica del cuerpo al momento que hace desaparecer la historia social del mismo.

Por ello, si Parra fuera médico, su “Autorretrato” tendría la connotación de diagnóstico y, con la eficacia –simbólica– de la prueba científica, tendría la autoridad de advertir no sólo el conflicto entre trabajo y cuerpo, sino también entre trabajo y clase y, por supuesto, entre clases. Sin embargo, como es profesor de liceo y poeta, su poema subsiste únicamente como recurso literario y testimonio del trabajo docente. Sus dolencias, en cambio, quedan en el extravío de su mirada no autorizada para diagnosticar y en espera de la que sí lo esté para que le pueda ayudar a reparar sus problemas y seguir el ritmo de la productividad.

¹⁶ Illich sentencia algo similar. Advierte que la medicina difícilmente puede arrogarse el mérito de que gracias a ella la salud se ha visto favorecida. Asegura que “el análisis de las tendencias patológicas muestra que el ambiente es el determinante primordial del estado de la salud de cualquier población” (1975: 16-17).

¹⁷ Sobre el problema de la técnica que deja de ser un medio, véase Heidegger (1994).

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, John (2010). "Pharmaceuticalization of Society in Context. Theoretical, Empirical and Health Dimensions". *Sociology* 44 (4): 603-622.
- ARENDRT, Hannah (1993). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- BELLO, Andrés (1970). *Antología de Andrés Bello*. Santiago de Chile: Fondo Andrés Bello. Disponible en: <<http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0014879.pdf>> [Consulta: septiembre de 2014].
- BOURDIEU, Pierre (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BOURDIEU, Pierre (2002). *La distinción. El sentido social del gusto*. México D. F.: Taurus.
- BROSSAT, Alain (2008). *La democracia inmunitaria*. Santiago de Chile: Palinodia.
- CASTEL, Robert (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- CONRAD, Peter (2005). "The Shifting Engines of Medicalization". *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1): 3-14.
- DÍAZ, Carlos (2010). "Actividad laboral y carga mental de trabajo". *Ciencia y Trabajo* 36: 281-291. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antiores.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- FOUCAULT, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- FOUCAULT, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- FUSTER, Nicolás (2013). *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago: Ceibo Ediciones.

- GARCÍA GUAL, Carlos (2007). "Introducción general". En *Tratados hipocráticos* (tomo I), de hipócrates de Cos. Barcelona: Gredos.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, Benito (1856). *Revista Médica de Santiago*. Santiago de Chile: Imprenta chilena. Disponible en: <<http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0052648.pdf>> [Consulta: agosto de 2014].
- GUZMÁN, Lorena (2006). "Accidentes laborales en Chile: tres millones de días perdidos". *Ciencia y Trabajo* 19: A20-A24. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antiores.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- HEIDEGGER, Martín (1994). *Conferencias y artículos*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- HIPÓCRATES DE COS (2007). "Epidemias I". En *Tratados hipocráticos* (tomo I). Barcelona: Editorial Gredos.
- HIPÓCRATES DE COS (2007). "Epidemias III". En *Tratados hipocráticos* (tomo I). Barcelona: Editorial Gredos.
- ILLICH, Iván (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- LÓPEZ NÚÑEZ, María Inmaculada, Susana Rubio, Jesús Martín García y Lourdes Luceño (2012). "Avances en la utilización del NASA-TLX como herramienta para la evaluación de la carga mental subjetiva: del laboratorio al ámbito laboral". *Ciencia y Trabajo* 45: 233-237. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antiores.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- MARX, Carlos (1999). *El capital* (tomo I). México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- MARX, Carlos y Federico Engels (1975). *Obras escogidas*. Moscú: Progreso.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO) (2005). *Condiciones de trabajo y salud docente. Estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

- OYARZÚN, Fernando, Ximena González, Mónica Soto, Luis Tapia y Marcelo Trucco (1999). "Neurosis ocupacional". *Boletín Científico* 1: 53-55. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- PARRA, Nicanor (1954). *Poemas y antipoemas*. Santiago: Nascimento.
- PONCE DE LEÓN, Macarena (2011). *Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- REYES, Mario (2006). "La prevención de accidentes en el proceso enseñanza-aprendizaje: una ventaja competitiva para el país. Experiencia de la Asociación Chilena de Seguridad". *Ciencia y Trabajo* 19: 1-5. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- SALAZAR, Gabriel y Julio Pinto (2002). *Historia contemporánea de Chile* (tomo III). Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- SALINAS, Mauricio, Alberto Riveros y Gustavo Contreras (2008). "Somnolencia diurna excesiva en conductores de camiones de carga de alto tonelaje". *Ciencia y Trabajo* 29: 79-81. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- SÁNCHEZ, Sergio (2006). "Médicos europeos, simbolismo y organicidad decimonónica de la medicina chilena". *Cuadernos Médicos Sociales* 46 (4): 305-310. Disponible en: <http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2006/46/4/46_4_10.pdf> [Consulta: octubre de 2014].
- SANNINO, Daniela, Milena Gallardo, Carlos Ackerknecht Ihl y Luis López Mena (2012). "Evaluación conductual de la impulsividad aplicada al control de la accidentabilidad". *Ciencia y Trabajo* 43: 105-111. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].

- TRUCCO, Marcelo y Paulina Valenzuela (1999). "Una batería de cuestionario para el estudio de estrés ocupacional". *Boletín Científico* 1: 45-48. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- TRUCCO, Marcelo, Policarpo Rebolledo, Margarita Bustamante, Ximena González, Guillermo Acuña y Alejandra Correa (1999). "Detección de consumo de alcohol y drogas en accidentes graves en el trabajo". *Boletín Científico* 1: 49-52. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].
- VALENZUELA, Mónica y María Klarián (1999). "Encuesta a trabajadores: nivel de información sobre riesgos laborales versus utilización de protección". *Boletín Científico* 1: 8-9. Disponible en: <<http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-antecedentes.aspx>> [Consulta: septiembre de 2014].