

Aproximaciones foucaultianas al proyecto sanitarista del Ministro Ramon Carrillo: ventajas y limitaciones del uso de la categoria de biopoder.

Débora Natalia Boucht, Ana Laura Lobo.

Cita:

Débora Natalia Boucht, Ana Laura Lobo. (2007). *Aproximaciones foucaultianas al proyecto sanitarista del Ministro Ramon Carrillo: ventajas y limitaciones del uso de la categoria de biopoder. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/572>

Aproximaciones foucaultianas al proyecto sanitarista del Ministro Ramon Carrillo: ventajas y limitaciones del uso de la categoria de biopoder.

Débora Natalia Boucht, Ana Laura Lobo.

Instituto de Investigaciones Gino Germani - Universidad de Buenos Aires

juanola148@hotmail.com

anitalobo10@gmail.com

Introducción.

En Argentina hasta 1943, la salud pública estaba bajo el dominio del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio de Interior. En ese año, se produjo un avance hacia el reconocimiento de la Salud Pública como materia de interés específica de gobierno con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia.

El 23 de mayo de 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública (que a partir de la reforma constitucional de 1949 asumiría el rango de Ministerio) e inmediatamente, el Doctor Ramón Carrillo fue designado Secretario de Salud Pública mediante un decreto del Poder Ejecutivo; cargo que asumiría durante la primera presidencia del General Juan D. Perón.

El presente trabajo parte de uno anterior que analizaba el Proyecto Sanitarista ideado por el Dr. Ramón Carrillo y considerado por sus creadores y gestores como uno de los pilares en la reorganización del Estado, en tanto que el cuidado de la salud del pueblo, entendido como capital humano, formaba parte de las condiciones primordiales de crecimiento y desarrollo de la economía nacional.

En esa oportunidad, se intentó abordar el análisis de la “Teoría del Hospital” (Carrillo, 1974) -en tanto documento que articula y explicita dicho proyecto sanitarista- a través del empleo de los conceptos de “gubernamentalidad”, “institución disciplinaria” y “saber-poder”. Esta aproximación nos permitió alejarnos del punto de vista del desarrollo concreto en materia sanitaria, para buscar una inteligibilidad en torno a los marcos que justificaban y posibilitaron el desarrollo de la misma, sus alcances, así como sus características. Es decir, se ubicó al médico como sujeto que conoce, al tiempo que desarrolla y ejerce un poder que se amplía, desbordando lo propiamente médico, para desarrollar un saber que se articula con lo político y lo económico, dentro de un determinado momento histórico.

La propuesta actual, intentará una nueva rearticulación basada en las posteriores conceptualizaciones que Foucault desarrolló en torno a los conceptos de “biopoder” y “gubernamentalidad”, dado que consideramos que las nuevas traducciones foucaultianas permitirán acercarnos al Proyecto desde

otro enfoque, probablemente más fructífero, si lo que se intenta posteriormente es hacer una relación entre este período de la historia y el siguiente.

De esta forma, el análisis busca contribuir a una reflexión sobre las ventajas y limitaciones que supone abordar un proyecto de política pública desde las conceptualizaciones foucaultianas antes mencionadas.

“Teoría del Hospital”: primera aproximación a un proyecto de reorganización estatal en el ámbito de la Salud Pública.

El primer análisis realizado al Proyecto Sanitarista de Ramón Carrillo, considerado como propio de una “sociedad disciplinaria”¹ se efectuó a través de los conceptos de “gubernamentalidad” y “saber-poder” interpretándolos como condición de posibilidad de un discurso médico que se articula con el ámbito político, económico y social. A su vez, como el proyecto enfatizaba especialmente en la construcción y dinámica de los ámbitos hospitalarios, y considerando que entre aquellos espacios cerrados que sirven de marco a las características propias de un poder disciplinario se encuentran los hospitales, el tercer concepto utilizado fue el de “institución disciplinaria”.

En esa oportunidad, se había partido de un análisis de gubernamentalidad basado en el modelo médico-jurídico considerado como propio de la sociedad disciplinaria (Murillo, 1999). Según la autora, dicho modelo tuvo su punto de partida en el reconocimiento de la medicina como ciencia, que al obtener el derecho de intervenir en nombre del Estado para normalizar o regenerar a los sujetos, se transformó en matriz de las ciencias jurídicas y sociales, lo que suponía al mismo tiempo, la activa intervención del Estado en conjunto con instituciones no-estatales, como sociedades de beneficencia o sociedades filantrópicas.

Se había considerado, además que la medicina, al establecer una línea de demarcación social, entre el ciudadano normal y el desviado, constituyó un proceso disciplinario como técnica y táctica del ejercicio del poder, estableció parámetros de normalidad y desvío de la norma así como también métodos para reencausar al desviado; éstos a su vez, se transformaron en una serie de acciones políticas que articularon organizaciones estatales y privadas que posibilitaron el ejercicio de la gubernamentalidad. Distintos dispositivos llevaron a cabo la construcción de diversas estrategias que posibilitaron la forma de gobierno por medio de ideales de limpieza, orden y moral. La ciencia médica, en este contexto, se convirtió en la piedra de toque de una conducción sana y racional de las cuestiones del Estado al servicio del progreso social.

En este sentido Foucault (en Bentham, 1980) afirma que si la importancia de los médicos ha sido tan crucial, se debe a que estaba exigida por todo un nuevo conjunto de problemas políticos y económicos: la importancia de los hechos de la **población**. En efecto, las mutaciones económicas del siglo XVIII hicieron necesaria una circulación de los efectos de poder cada vez más finos, hasta abordar a los propios individuos, su cuerpo, sus gestos, así como cada una de sus actividades cotidianas. En este sentido, el problema de la total visibilidad de los cuerpos, de los individuos, de las cosas, bajo una mirada

centralizada, había sido uno de los principios más constantes. Al interior de los hospitales este aspecto presentaba una dificultad suplementaria, se trataba de evitar los contactos, los contagios, los amontonamientos, organizando además la circulación interna y externa, la aireación. Se trataba a la vez de dividir el espacio y dejarlo abierto, de asegurar una vigilancia que fuese *global* e *individualizante* al mismo tiempo, separando los individuos que debían ser vigilados.

Tomando esta consideración, se tuvo en cuenta la distribución territorial que Ramón Carrillo establecía como necesaria para el correcto funcionamiento de los Hospitales y Centros de Salud, para luego abordar la estática y dinámica del Hospital. En esta aproximación, se pudieron identificar las características típicas de la disciplina tanto en las formas de proyectar y construir un hospital, así como en las leyes que habrían de regir su funcionamiento interno.

En este marco, se intentó pensar el proyecto sanitarista de Ramón Carrillo en sus aspectos vinculados a una medicina que debía solucionar no sólo problemas específicamente médicos, sino también sociales dirigidos a controlar la salud de la población.

La interpenetración entre lo médico y lo político, nos dice Foucault coloca al médico en posición de consejero y experto en el arte de observar, corregir, mejorar el cuerpo social y mantenerlo en un estado de salud permanente. Y es su función de higienista, la que le asegura esta posición políticamente privilegiada en el siglo XVIII, que en el siglo XIX se hará económica y social (1991, 101). La tarea de los higienistas, afirmaba Carrillo (p.23), “no rendirá sus frutos si previamente no se consolidan las leyes obreras destinadas a dignificar la tarea en las fabricas y oficinas, a mejorar los sueldos y salarios, a ampliar los beneficios de las jubilaciones y pensiones que amparen a las familias, si no se protege y subsidia la maternidad, se planifica la vivienda higiénica al alcance de todos y se organiza la economía nacional con sentido biológico; en una palabra, hasta que el nivel de vida del pueblo le permita llegar sin esfuerzo a las fuentes de la cultura y de la higiene, es decir, a los auténticos sostenes de la salud física, espiritual y social.”

La articulación política, económica y social que desarrolla Carrillo en sus escritos nos permite reconocer esa medicina que, como formadora de *saberes*² constituye una maquinaria de poder que no deja de extenderse a lo largo del siglo.

Una nueva aproximación: el uso de la categoría de biopoder y dispositivo de seguridad.

El desarrollo de una política médica basada en una estructura de poder y cuyo objetivo es la salud de la sociedad, constituye lo que Foucault denomina “noso-política” (1991), resultado de la problematización de la salud como una urgencia de todos y del estado de salud de la población como objetivo general. El objeto de la misma es el cuerpo, pero el cuerpo en tanto individuo y cuerpo social, el cual a partir del desarrollo de las sociedades capitalistas, ocupó un primer lugar en tanto fuerza de trabajo. De esta forma, la medicina se

transformó en una estrategia biopolítica de control del cuerpo de los individuos y de las poblaciones.

Ahora bien, a medida que avanza el tiempo, y los escritos foucaultianos, pasamos de la “sociedad disciplinaria” a la consideración de la coexistencia de soberanía, disciplina y gestión gubernamental; en suma, de una “era gubernamentalizada” en la que conviven soberanía y disciplina.

A su vez, el análisis del concepto de “gubernamentalidad” y el rastreo del cuidado de la salud social por parte de lo que en un comienzo se llamó la “policía” permite alejarnos de la existencia de un modelo medico-jurídico como característico de la otrora sociedad disciplinaria. Veamos entonces de qué se trata dicho concepto.

Foucault define gubernamentalidad como el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma de poder bien específica, aunque muy compleja, que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Asimismo, refiere tanto a aquella tendencia que en Occidente condujo hacia la preeminencia del tipo de poder que se llama gobierno, así como el resultado del proceso por el que el Estado de justicia de la Edad Media, convertido en los siglos XV y XVI en Estado Administrativo se “gubernamentalizó” poco a poco. (Foucault, 2006)

Esta definición excluye al modelo medico-jurídico como soporte de este poder. Ahora bien, abandonar este modelo no supone negar la importancia social y política que el médico higienista ha desarrollado a partir del siglo XVIII (que, recordemos, lo colocaba en un lugar de experto consejero en el que podemos ubicar a Ramón Carrillo). Simplemente, hay que rastrear dicha relevancia a través del desarrollo del **biopoder** en un contexto de gubernamentalización del Estado estrechamente vinculado con el desarrollo de la “razón de Estado”.

El concepto de biopoder o *poder sobre la vida*, sufre una acotación a medida que avanza la producción foucaultiana. Definido originalmente como la articulación de dos polos enlazados –el de la *anatomopolítica del cuerpo humano* (centrada en el cuerpo como máquina), cuyos procedimientos de poder eran característicos de las disciplinas; y el de la *biopolítica de la población* (centrado en el cuerpo especie) desarrollándose a partir de controles reguladores (2005)- en “Seguridad, Territorio y Población” (Foucault, 2006) la noción es circunscrita a una serie de fenómenos (...) significativos, a saber: el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus rasgos biológicos fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general de poder (p.15). De esta forma, el concepto se superpone a lo que años anteriores denominaba biopolítica, sin por ello desechar el desarrollo de la disciplina. Antes bien, Foucault aclara que nunca antes la misma fue tan importante como a partir del momento en que se intentó un manejo de la población, ya que no implica manejarla sólo globalmente, sino que también en profundidad, en sus detalles.

Foucault afirma que la pastoral, la nueva técnica diplomático militar y por último, la policía fueron los tres grandes puntos de apoyo sobre cuya base pudo producirse la gubernamentalización del Estado. La razón de Estado, por su parte, se materializa en los dos grandes conjuntos de saber y tecnología políticos: una técnica diplomático-militar consistente en consolidar y desarrollar las fuerzas del estado por medio de un aparato militar y un sistema de alianzas, por un lado; y un conjunto formado por la “policía” en el sentido usado en el siglo XVI, es decir, la totalidad de los medios necesarios para acrecentar desde dentro las fuerzas del Estado, por otro.

Como consecuencia de esta última tecnología y en correlación con el surgimiento de la reflexión económica, surge el “problema político de la población”. De esta forma, la biopolítica se sitúa dentro de la gestión de las fuerzas estatales y es de este modo que el desarrollo de la salud social o higiene pública debe reinscribirse en el marco de una biopolítica que trata a la **población** como un “conjunto de seres vivos y coexistentes que presentan rasgos biológicos y patológicos particulares y por lo tanto, corresponden a saberes y técnicas específicas” (Foucault, 2006, 415).

En esta línea, el desarrollo de la noso-política se ubica en el proceso más general que tiene lugar dentro de la “ciencia de la policía”. A su vez, la problematización generalizada de la cuestión de la salud responde al desplazamiento de esta problemática en relación a las técnicas de asistencia.

Para salvar las distancias temporales y espaciales podemos recurrir al mismo Carrillo, quien sostenía que en la Edad Media la Iglesia tomó a su cargo y reglamentó la atención de los enfermos y desvalidos imponiendo la caridad como criterio, hasta la penetración de la Revolución Francesa en los establecimientos eclesiásticos y su transformación en servicios públicos, convirtiendo al servicio médico, de un carácter asistencial, a un derecho que refluye socialmente como deber. En este sentido, el higienista sostenía nuestro estado de mora, debido a la continuidad de los criterios de caridad para la atención de enfermos (p.12).

Siguiendo a Foucault, el problema de la salud de la población articula por un lado, el privilegio de la infancia y la medicalización de la familia con la higiene y por otro, el funcionamiento de la medicina como instancia de control social. Dicha articulación puede ser rastreada en afirmaciones de Carrillo como: el derecho a la preservación de la salud es sinónimo del derecho a la vida y al bienestar. Pero este derecho comporta, como todo derecho, un deber social: el de cada individuo de cuidar su propia salud en el estado de su salud. “El Estado debe cuidarlo, pero el individuo esta también obligado a cuidarse, pues para llegar a ser adulto, a ser capaz de producir y rendir, ha costado mucho a su familia y al Estado, el cual, si sufre algún accidente o se enferma, trata de recuperarlo para la sociedad”. Para Carrillo, “es necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos la obligación de cuidar nuestra salud, que nuestra salud no es totalmente nuestra, sino que pertenece a la familia que formamos y al Estado, que nos cuidan hasta que llegamos a ser una unidad productiva”. (p.32)

A partir de lo anterior podemos considerar el hecho de que la población era percibida como una realidad específica sobre la que se podía interferir con el objeto de intensificar las fuerzas del Estado. De hecho, siguiendo al higienista, el hombre sano o enfermo, en función de la sociedad, era el objetivo trascendente de la medicina en ese momento; aún más, Carrillo argumentaba que el interés estaba puesto mucho más en las enfermedades, que en los enfermos considerados particularmente, puesto que las primeras afectaban a las colectividades. Así, como cuando se producía el fenómeno de un enfermo, ese hecho individual constituía un índice del problema colectivo, por esa razón, cuidar de ese hombre particular, tanto física como mentalmente era la mayor responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. La consideración del problema del enfermo, tomando el concepto en su más amplio aspecto jurídico y social y desde el punto de vista médico, brindaba la oportunidad de reiterar la necesidad de que la medicina replanteara sus objetivos, dejando al margen el caso individual para examinar los grandes grupos de afecciones que descapitalizaban nuestro potencial humano (p.17).

De esta forma, las conductas, los comportamientos y el cuerpo humano se articulaban en un proyecto de medicina que era cada vez más abarcador y que trascendía la mera cuestión de las enfermedades. A partir de este dominio médico- político sobre toda la población, se comienzan a suministrar *pautas a seguir* sobre todo un conjunto de enfermedades, de formas de existencia y de comportamiento, ya sean de alimentación, sexualidad y fecundidad, como de vestimenta y hábitat. En relación al modo de incidir y conducir estas pautas de existencia, Carrillo proponía que, en primer lugar los hospitales argentinos no fueran considerados casas de enfermedad, sino casas de salud. Diagnosticando el carácter pasivo de la sanidad argentina hasta 1946, Carrillo formulaba como propedéutica, una organización sanitaria activa, que actúe en todo el país atacando las enfermedades en el lugar donde se presenten y casi siempre previniéndolas. El objetivo último era llegar a una etapa de cultura sanitaria, donde el hospital no sólo fuera un lugar de asistencia y tratamiento, sino también un centro de cultura. “Anexaremos a los hospitales, salones de actos y de proyectores cinematográficos para educar a la población; para enseñarles a cuidar su salud, que no sólo le pertenece a ella sino a toda la Nación” (p.41).

En relación a la articulación sanitaria concreta en primer lugar, se trata de ajustar este espacio hospitalario al espacio urbano al que pertenece, en el cual sus efectos deben ser medidos y controlados; de este modo, se proyecta un dispositivo de seguridad que organice el espacio público. En segundo lugar, se debe organizar, desde la disciplina, el espacio interior del hospital con el fin de hacerlo médicamente útil. Esta articulación de disciplina-seguridad se lleva a cabo en relación a la distribución y construcción de dos marcos/espacios principales: el Centro Sanitario y la Ciudad-Hospital.

El fin de un dispositivo de seguridad es la regulación de una realidad dada. Por lo tanto, se apoya en una serie de datos materiales, es decir, trabaja sobre un **dato**, en nuestro caso, el dato es la ciudad, la asistencia sanitaria al momento y las enfermedades que en términos de Carrillo descapitalizaban el potencial humano argentino. Pero además, teniendo en cuenta que en este proyecto

prolongar la vida y vivir en salud sólo podía lograrse ordenando la vida humana sanitaria, social y económicamente, habría que considerar la vivienda, la alimentación y los salarios.

Adentrándonos en la planificación del proyecto que nos ocupa, la propuesta definía al Centro Sanitario como un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios. El mismo debía ser una construcción urbana, central y de fácil acceso. Desde allí, en caso de ser necesario, se debía trasladar a los enfermos, por medio de ambulancias a la Ciudad - Hospital. En esta diagramación, la Ciudad - Hospital constituía el organismo “típicamente hospitalario” de asistencia a los enfermos, individualizados previamente en el Centro o por medio de sus visitadoras. Funcionaba en relación con uno o más centros sanitarios, su ubicación era suburbana y hasta podía carecer de consultorios externos, dado que podían encontrarse en el radio urbano, es decir, en los Centros Sanitarios.

Ambas organizaciones eran complementarias, constituirían una sola unidad y no podrían actuar por separado. Al mismo tiempo, además de ser lugares para vigilar la salud de los sanos, evitar que se enfermen y curar a los ya enfermos, debían desarrollar una intensa acción cultural. Cada Centro Sanitario debía funcionar como un núcleo técnico que irradiara cultura con el fin de propugnar educación, investigación y progreso para las masas.

Asimismo, siempre que fuera posible debía evitarse el pequeño hospital por ser antieconómico. Toda concentración de servicios producía menos gastos en el sentido económico y al mismo tiempo, la medicina desarrollaba mejor su eficacia técnica. Por otro lado, a partir de este diagrama de Centros Sanitarios y Ciudad Hospital, Carrillo tendía a eliminar del hospital los servicios externos considerados como “un factor de perturbación”. Los mismos debían ubicarse, siempre que sea posible, fuera del hospital: en el Centro Sanitario que los proyecte sobre el ámbito social y no sobre el ámbito interno hospitalario. Donde se encontraba el enfermo internado debía ir el mínimo de gente posible con el fin de no perturbar el ritmo hospitalario.

Así, vemos cómo la planificación se orientaba a maximizar los elementos positivos y minimizar los negativos, en especial los referidos a la circulación interhospital. Por tanto, al tiempo que este proyecto trabajaba sobre **probabilidades** -de reducir la circulación no deseada- no buscaba el punto de perfección que persigue la disciplina, que si podemos encontrarla en el análisis al interior del hospital, con su reglamentación de visitas, tanto horarias como circulatorias, circulación de personal, administración, vigilancia y examen, entre otros.

A su vez, el cálculo de probabilidades atravesaba, por medio de la estadística, toda proyección de construcción, personal ocupado, cantidad de camas por tipo de hospital, así como cantidad de casos por enfermedad.

Además, constatamos la **polifuncionalidad** que Foucault advierte en los dispositivos de seguridad. El objetivo era poner en juego o relacionar de forma

favorable todas aquellas funciones que desarrollaba la medicina bregando por la concentración de servicios que permitiría a la misma desarrollar mejor su eficacia técnica; una misma articulación hospitalaria que poseería una organización acorde a los imperativos de salubridad.

En relación a la construcción, Foucault afirma que la arquitectura hospitalaria es uno de los principales problemas a resolver en tanto se necesite de un control al interior del mismo. La arquitectura debe ser funcional a la tarea de transformación de los individuos. El hospital, como instrumento de acción médica debe permitir observar adecuadamente a los enfermos con el fin de ajustar sus cuidados. Así, se transforma en un operador terapéutico con el objetivo de encausar las conductas según los imperativos de la buena salud. En el Proyecto de Carrillo el problema era el siguiente, darle al arquitecto una noción de lo que es el hospital; es decir, de lo que vive dentro del hospital, de su función, de su técnica. El problema del arquitecto, a su vez, era dar un contenido a esa función hospitalaria, es decir, colocarle su envoltura, darle un continente. Era necesaria, por lo tanto, una estricta cooperación entre médicos y arquitectos para la arquitectura hospitalaria (Carrillo, 50).

En este sentido, el proyecto de Carrillo contaba con leyes de la arquitectura hospitalaria. Las mismas se encontraban divididas en tres grupos relacionados con: la estructura del hospital, el funcionamiento técnico y la dinámica administrativa del hospital (p.58). Si analizamos algunos puntos centrales de los dos primeros, podremos dar cuenta de algunos rasgos característicos de la disciplina y de los dispositivos de seguridad.

El primer principio hospitalario era el de la *evolución*. El mismo partía de la idea de que un hospital pueda desarrollarse del mínimo al máximo, de lo indiferenciado a lo diferenciado. De treinta camas (la unidad hospitalaria mínimamente deseada) a sesenta, noventa, ciento veinte o más. El objetivo era que pudiera crecer de forma armónica, sin destruir lo anterior con sucesivas adhesiones. El segundo principio era el de los 3 sectores. En cada hospital debían existir tres sectores, pero separados unos de los otros con el objeto de mantener la libertad en el giro de enfermos, visitas, médicos, etc. Un sector de internación, uno de servicios externos y otro de servicios generales. El tercer principio era el de la *amplitud de territorio* en que debía edificarse un hospital. Se establecía una hectárea por cada treinta camas para los hospitales generales y una hectárea por cada diez camas para los hospitales especiales. Este principio apuntaba a establecer como base una cantidad de terreno suficiente para que todo hospital pudiera ampliarse en lo sucesivo. Se desprendía del anterior, un cuarto principio que apuntaba a la *proporcionalidad y correlación de los sectores*. Los sectores del hospital debían guardar entre sí una proporción específica.³ Era necesario que entre los tres sectores hubiera siempre una notoria correlación con el fin de evitar que el hospital resulte antieconómico en su construcción.

Estos principios se apoyaban en una noción eficientista del “hospital óptimo”, entendiendo a éste como aquel en el que, con el mínimo de superficie cubierta, el mínimo de personal y el mínimo de costo, se brindara el máximo rendimiento. El hospital mínimo de treinta camas, que constituía una unidad

funcional, debía tener la forma de una U, y esa U era el punto de partida de toda la arquitectura hospitalaria.

Por lo tanto, podemos señalar que en tanto *dispositivo de seguridad* este proyecto trabajaba “con vistas a futuro” o “teniendo en cuenta lo que puede pasar” (Foucault, 2006, 39). Así, lo que caracteriza al mecanismo de seguridad y que encontramos claramente en el proyecto analizado es el hecho de que gestiona **series** abiertas que sólo pueden controlarse mediante un cálculo de probabilidades.

Retomando los principios mencionados, éstos derivaban en cuatro leyes hospitalarias generales: la ley de la evolución y el crecimiento; la ley de los tres sectores; la ley de la relación entre construcción y superficie libre; y la ley de la diferenciación. Esta última se refería a la forma en que, a medida que creciera el número de camas, se especializarían y se subdividirían los sectores en sub sectores, dado a que dicho crecimiento implicaría una diferenciación.

Ahora bien, la disciplina, entre otras cosas, distribuye a los individuos en el espacio. Estos principios que devinieron en leyes, creaban un espacio analítico a través del principio de división de sectores en el que se preveía una posible expansión que habría de seguir los parámetros disciplinarios. Se habrían de evitar las distribuciones imprecisas no sólo en la organización de un hospital naciente, sino también a futuro.

En efecto, siguiendo a Foucault, en esta dinámica hospitalaria, el poder disciplinario en ocasiones exige el principio de clausura, pero no es un aspecto por completo necesario. Fundamentalmente, la disciplina crea un espacio analítico a través de un principio de localización elemental o división en zonas con el objeto de evitar las distribuciones indecisas o confusas, dividiendo el espacio como elementos o cuerpos haya a repartir. La disciplina fija lugares determinados no sólo para ejercer el arte de vigilar, sino también para crear un espacio útil. En este sentido, el hospital no sólo se constituye como una institución que sirve para curar las enfermedades, sino que además es un dispositivo que localiza, selecciona y garantiza el dominio sobre las masas separándolas en los conceptos de normal y patológico.

Basado en ocho leyes funcionales, que ilustran lo dicho anteriormente, la dinámica del hospital desarrollada en este proyecto sanitaria desplega hacia el interior de los hospitales, una disciplina **centrípeta** que aislaba un espacio, determinaba un segmento y lo concentraba. Por caso, podemos observar la primera ley, de “Independencia Funcional de los Sectores” (Carrillo, 1919) que afirmaba que cada sector era una unidad funcional con propio acceso y circulación, y no debía haber interferencias ni proximidades entre unos y otros sectores; o la segunda, referida a la circulación interna que distinguía “cualitativamente” la naturaleza de las cosas o personas que circulan por cada sector, razón por la cual prohibía los cruces o semi cruces de cosas o personas de naturalezas incompatibles.

En cambio, retomando las características propias de los dispositivos de seguridad, podemos observar que el Proyecto Sanitaria era esencialmente

centrifugo, intentaba organizar o permitir el desarrollo de circuitos cada vez más expansivos: La medicina social no debía orientar su acción hacia los factores directos de la enfermedad, sino hacia los indirectos: la miseria y la ignorancia; comportamientos sociales tales como la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tenían tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo que los propios gérmenes (p. 20) . La medicina debía enseñar al pueblo a vivir en la salud, ordenando la vida humana sanitaria, social y económicamente.

Por lo tanto, hace interactuar distintos elementos de la vida en sociedad como soportes de este proyecto que tiende a incorporar cada vez más elementos: economía, trabajo, educación, sociología, estadística, arquitectura, familia, alimentación y psicología, entre otras.

La medicina social, nos decía Carrillo, constituye una de las ramas principales del gobierno y las orientaciones económicas exigen al medico higienista ser al mismo tiempo un sociólogo y un estadista, de la misma forma en que un organizador de hospitales no puede dejar de saber de arquitectura y administración. En ese contexto, se buscaba superar la idea de la medicina del individuo en la que los médicos se encontraban encasillados, y se difundía la necesidad de que junto con la historia clínica del enfermo se levante la historia social del hombre. Junto a los factores de la biología perturbada se acumulaban una serie de factores indirectos que concurrían a determinar una enfermedad. Por eso, afirmaba Carrillo, se debía concebir un sistema que permitiera levantar la historia clínica de cada caso concreto que se abordara en un hospital y al lado de ella, la historia social de ese hombre enfermo. Esta debía contener otros elementos de juicio: profesión, psicología, sistema de trabajo, alimentación, organización familiar, etc. (pp. 28-32).

A modo de conclusión.

A través del empleo de los conceptos de “gubernamentalidad”, “biopoder” y “dispositivo de seguridad”, se intentó una aproximación al Proyecto Sanitarista de Ramón Carrillo. De esta forma, se buscó ubicar el desarrollo de la medicina social -que en nuestro país cobra toda su fuerza a partir de la primera presidencia peronista- en relación al objetivo más global de la gubernamentalidad, es decir, la población.

A su vez, se procuró hacer un recorrido de la importancia de la salud pública en clave biopolítica partiendo de considerar el desarrollo de la misma en relación a la gestión de las fuerzas estatales.

En este sentido, tratamos de abordar el Proyecto como un dispositivo de seguridad que se dirige a regular la población y encontramos, en principio, que el mismo se sustenta en dos fenómenos centrales de intervención que acompañan este desarrollo de la gestión las fuerzas estatales que describe Foucault: **la ciudad y la circulación**. En efecto, al afirmar que la medicina tiene que atacar no los factores directos, es decir, los microbios, sino los indirectos como la mala alimentación y la vivienda Carrillo subrayaba el aumento de enfermedades como consecuencia “del progreso y la vida

antinatural en que nos envuelve el urbanismo” (p.21). Es por ello, que en “Teoría del Hospital” encontramos ante todo una planificación urbana que ordenaba la ciudad, determinando donde debían ubicarse los Centros de Salud y las Ciudades Hospital en relación recíproca, a fin de controlar la circulación de los enfermos y llegar a la población promoviendo una cultura sanitaria.

En relación al las implicancias del dispositivo de seguridad pudimos identificar los **datos** materiales a partir de los cuales trabajaba: la ciudad, la asistencia sanitaria al momento y las enfermedades más recurrentes y críticas para la sociedad (aquellas que deterioraban la fuerza de trabajo).

Advertimos además, que este dispositivo se organizaba sobre cálculos de **probabilidades** según las cuales se proyectaba, ante todo, la regulación de la circulación, pero también la construcción, el personal, la cantidad de camas que necesitaría cada tipo de hospital y los casos a atender.

Por otra parte, localizamos la **polifuncionalidad** que, con el objetivo de acrecentar la eficacia técnica y economizar gastos, caracterizaba a los Centros de Salud. Además, claramente era un proyecto que buscaba dejar **series abiertas** especialmente en relación a la construcción de las ampliaciones hospitalarias, planteando un hospital base como principio a partir del cual, a través de espacios abiertos específicos y cálculos acordes, se podría ampliar la estructura en función de la demanda hospitalaria.

Vinculado a lo anterior y por último, es una propuesta centrifuga, es decir, busca ampliarse no sólo en lo que respecta a la construcción propiamente hospitalaria sino en relación a “lo médico” y al médico, como sociólogo y estadista, administrativo y en cooperación con la arquitectura.

La noción de biopoder es útil en tanto marco de análisis de una política de salud pública que tiene a la población y sus rasgos biológicos como *objeto a regular* a través de diferentes intervenciones. En este caso, vemos como se buscaba abordar la salud de la población a través de múltiples variables dado que, en opinión de Carrillo, la construcción de un pueblo sano, debía articularse con leyes obreras que dignificaran el trabajo en fábricas y oficinas, el mejoramiento de los salarios, jubilaciones y pensiones, la planificación de vivienda higiénica al alcance de todos y la organización de “la economía nacional con sentido biológico”.

Ahora bien, Foucault (1991) afirma que en el siglo XVIII el soporte global de esta transformación consistía en la preservación, el mantenimiento y la conservación de la “fuerza de trabajo”.

En este sentido, la preocupación de Carrillo por el cuidado de un hombre sano en función de la sociedad atravesaba todos sus escritos. Las soluciones trascendentales para el nivel de vida de la población en materia de salud y trabajo, garantizaban por un lado, la capacidad física y mental del hombre y al mismo tiempo aseguraban su rendimiento y capacidad de producción para la Nación. Una economía fuerte y altos niveles de producción no eran posibles, sin un pueblo sano y fuerte, por ello sostenía que “Con el crecimiento de

nuestra renta nacional, hay que cuidar al argentino como si valiera oro, porque es el elemento de producción que cada día vale más y que justifica el hecho de que gastemos todo lo que sea necesario en defensa de su salud y, por ende de su capacidad de trabajo” (Carrillo, 39).

Por lo tanto, el análisis de un proyecto que postula claramente la intención de cuidar y ampliar la fuerza de trabajo de los argentinos nos conduce a preguntarnos cuál es la relación del mismo con el período político analizado. La aproximación realizada a través del biopoder enmarca la propuesta carrillense al tiempo que permite rastrear las características que la misma presenta en términos de proyección y articulación, es decir, pensándola como dispositivo de seguridad. Ahora bien, si concluimos con Ramón Carrillo que el objetivo último es cuidar la fuerza de trabajo debemos suponer la existencia de una estrategia política que la requiera. Por este motivo, este trabajo termina inscribiéndose en una discusión ya conocida: ¿el gobierno peronista tenía un proyecto de *desarrollo económico* a largo plazo o no?

A su vez, este desarrollo abre nuevas vías de indagación y comparación con los nuevos proyectos en materia de Salud Pública que podrían pensarse como consecuencia de un cambio en la gestión de las fuerzas estatales, donde quizás el racismo permita el juego de *hacer morir o dejar morir*⁴ a gran parte de la población que el dispositivo analizado trataba de regular incrementando el nivel general de salud.

Bibliografía.

Carrillo, R. (1974). *Teoría del Hospital*. Obras Completas I. Eudeba: Buenos Aires.

Murillo, S. (1999). Gobernabilidad, locura y delito. La mutación desde el modelo médico-jurídico al modelo tecnológico, en *Sudestada*, año 1, número 1.

Bentham, J. (1980) Entrevista con Michel Foucault, en *El “Panóptico”*. Ed. La Piqueta: Barcelona.

Foucault, Michel (1991) “Saber y verdad. La Política de la salud en el siglo XVIII” .Ed. De La Piqueta: Madrid.

Foucault, Michel (2002) “Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión”. Siglo XXI: Buenos Aires

----- (2005) *Historia de la sexualidad*. Tomo I. La voluntad del saber. Siglo XXI: Buenos Aires.

----- (2006) *Seguridad, territorio y población*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.

¹La sociedad disciplinaria, típica de la modernidad, tiene como objetivo central la formación de cuerpos dóciles. En tanto nueva tecnología del poder, el poder disciplinario, opera en ese sentido mediante técnicas de distribución de los cuerpos en el espacio, control de las actividades, organización de la génesis y composición de fuerzas, apoyado en tres instrumentos simples: la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen. (Foucault;2002)

² *Poder y saber* se implican mutuamente. No existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder (...) Hay que considerar que el sujeto que conoce, los objetos que conocer y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder saber y de sus transformaciones históricas (Foucault; 2002).

³ Los servicios externos deben ocupar el 22% de la superficie cubierta, los internos el 60% y los generales el 18% (Carrillo;1974)

⁴ Desde el momento en que el Estado funciona sobre la base del biopoder, la función homicida del Estado mismo sólo puede ser asegurada por el racismo (...) Que quede bien claro que cuando hablo de homicidio no pienso simplemente en el asesinato directo, sino todo lo que puede ser también muerte indirecta: el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente, la muerte política, la expulsión.(Foucault; 1996)