Capitalismo y medicina
Los usos políticos de la salud

RODRIGO CASTRO ORELLANA

Profesor de la Universidad Complutense de Madrid

ÁMBITOS DE LA BIOLPOLÍTICA

CIENCIA POLÍTICA N° 7 ENERO-JUNIO 2009
ISSN 1909-230X/PÁGS. 7-25

Resumen

El artículo estudia la función que ha desempeñado la medicina en el desarrollo biopolítico de la sociedad moderna. Esta ha sido desde el siglo XVIII una herramienta fundamental en la gestión de la población y un recurso decisivo para la incorporación de los cuerpos en el orden productivo del capitalismo. De hecho, siguiendo los análisis de Foucault, pueden identificarse una serie de procedimientos a través de los cuales la medicina ha ido incrementado su poder político en nuestras sociedades. En este contexto, cabe mencionar: la invención de la infancia, el uso de la familia, la promoción de la higiene, la creación del hospital moderno, el desarrollo del concepto de salud pública y de salubridad de los espacios urbanos, la práctica de campañas médicas orientadas a las clases populares, etc. El resultado de todos estos procesos ha sido una medicalización absoluta de la sociedad y la identificación completa del problema de la salud con los intereses de la economía. Así, puede comprobarse durante el siglo XX, y también en la actualidad, cuando el cuerpo individual y sus precariedades se presentan subsumidos en la racionalidad del mercado y atravesados por los valores del consumo. Sin embargo, aquí no se trata de simples fenómenos culturales específicos, sino de un dispositivo político que produce una serie de rentabilidades para el modelo neoliberal. En tal sentido, una vez más, los discursos y las prácticas relativas a la salud se evidencian en el presente como estrategias de dominación.

Palabras clave. Biopolítica, medicina, salud, enfermedad, infancia, hospital, neoliberalismo.

Abstract

The article studies the function that medicine performed on biopolitics development in modern society. In fact, since XVIII century, medicine has been a basic tool in management of population as a decisive resort for incorporation of human bodies in a productive order of capitalism. Indeed, according to Foucault's analysis, it can identify a series of procedures through medicine has been increasing its political power in our societies. In this context, one might mention the invention of childhood concept, the use of family idea, the promotion of hygiene, the creation of modern hospital, the development of the concept not only of public healthy but also of healthiness in urban spaces, the practice of medical campaigns directed to working class, etcetera. The result of all these processes has been a total medicalization of society and the complete identification of the problem of health with the interests of economy. So, as well during XX century as at present days, we could comprobe when the individual body and his precariousness have been presented as plunged into rationality of marked and crossed by the value of consumerism. However, it is not only simple, specific and cultural phenomena, but a political dispositif which produces a serial of profitabilities for neoliberal model. In such a sense, nowadays, both speeches and practices relating to health are evident as strategies of domination once again.

Key words. Biopolitic, medicine, health, illness, childhood, hospital, neoliberalism.

LOS ESTUDIOS de Foucault sobre la biopolítica fechan en el siglo XVIII el nacimiento de un fenómeno social nuevo: la población. Este hecho hizo posible que el viejo tema del arte de gobernar –cuyos antecedentes pueden remontarse a la génesis del poder pastoral en el cristianismo primitivo– se recompusiera en un nuevo registro. Pero también significó que los mecanismos de poder se adecuaran a nuevas exigencias de normalización. Dados estos procesos, se comprende que la salud y el bienestar físico de la población se convirtiesen en uno de los objetivos esenciales del poder político. Lo que se tradujo, además, en que la medicina abandonara el modelo asistencialista en el tratamiento de la enfermedad, característico del siglo XVII, para articularse desde este período como una verdadera tecnología del cuerpo social.

La explosión demográfica durante el siglo XVIII impuso la necesidad de coordinar e integrar este crecimiento poblacional con el desarrollo del aparato económico y planteó la exigencia de diseñar formulas más eficaces de control político (Foucault, 1999a, 332). La población no representaba solamente un problema teórico, sino también un dilema técnico que demandaba procedimientos de intervención, tales como el cálculo de la pirámide de edades, las tasas de morbidez o los estudios sobre la relación entre el aumento de la riqueza y el incremento de la población. En todo este horizonte de preocupaciones, los cuerpos aparecen como focos de una serie de inquietudes: pueden ser escasos o numerosos, dóciles o insumisos, fuertes o débiles, más o menos útiles, más o menos probables de muerte o enfermedad, etc. (ídem, 333). Debe, por tanto, desplegarse una gestión económica de estos rasgos biológicos que asegure principalmente el incremento constante de la utilidad de los cuerpos. Durante el siglo XVIII, dicha gestión se encomienda a la intervención de la infancia, la medicalización de la familia, la promoción de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social.

La invención de la infancia

Respecto a la primera de estas dimensiones, cabe señalar que el problema de la infancia no se reduce a la cuestión del mayor o menor número de nacimientos (ídem). No basta con que se produzca una tasa óptima de natalidad, sino que es preciso administrar correctamente toda una etapa de la vida que se inicia en el seno de la familia y que se prolonga hasta la edad adulta. Se trata de la invención de la noción de infancia como etapa específica y dotada de finalidad, descubrimiento ventajoso que permite organizar una serie de fenómenos y legitimar un conjunto de intervenciones.

Esta invención de la infancia supone un proceso complejo, costoso y no exento de polémicas. Varela y Álvarez Uría lo confirman planteando que en el siglo XVI se observa una divergencia importante respecto a la periodización de la infancia y al momento adecuado para iniciar la instrucción básica de los niños. Sin embargo, ya comienzan a circular una serie de conceptos que pretenden diferenciar, aunque con cierta opacidad, un período de la vida que precedería a la adultez. Se insiste en la maleabilidad, la debilidad y la flaqueza de juicio que poseerían los jóvenes y que vendría a justificar una tutela estricta de los mismos. Los factores clave para que esta imprecisión inicial sea superada y la infancia se convierta en un objeto perfectamente delimitado, serán la acción de la familia y de las instituciones de captura y encierro (colegios, hospicios o albergues).

Con respecto al primer elemento, hay que destacar, como lo han hecho Foucault o Donzelot, que la invención de la infancia se produce y concreta en el contexto de una "familiarización" creciente de la sociedad que se despliega desde el siglo XVIII y donde la medicina tiene un papel decisivo. Un claro ejemplo de esto último es la abundante literatura dirigida a las clases pudientes que apela al rol médico y educativo de la familia. Se produce una verdadera unión orgánica entre medicina y familia que hace posible que esta opere como instrumento decisivo para el funcionamiento de un dispositivo de salud que persigue el incremento de la utilidad y el rendimiento de los cuerpos.

En tal sentido, la cuestión de la infancia conduce a una nueva codificación de las relaciones entre padres e hijos. La familia se convierte en "el blanco de una magna empresa de aculturación médica" (ídem, 334), que la comprende como un entorno cuya función decisiva es el cuidado y el mantenimiento del cuerpo del niño. Dentro de esta lógica, la relación conyugal deja de ser el modo de articular una alianza entre dos ascendencias, para convertirse fundamentalmente en un mecanismo que debe generar las condiciones para el perfecto desarrollo y la madurez del niño.

Foucault ha aportado un extraordinario ejemplo de estas conexiones entre familia, medicina e infancia: la cruzada contra el onanismo emprendida por numerosos autores desde principios del siglo XVIII. Según el filósofo francés, este fenómeno consistió en una verdadera explosión discursiva en torno al tema del niño masturbador[1]. En estos

1. Algunos ejemplos de esta literatura son: *Onania* de Bekker (1718), *Tentamen de Morbis ex Manu Stupratione* de Tissot (1770), *Das Methodenbuch für Väter und Mütter* de Basedow (1770) o *Ists Recht, ubre die Eimichen Sünden der Jugend, Öffentlich zu Schreiben* de Salzmann (1785). Cfr. Foucault, 2000, 216 ss.

discursos emerge con claridad una construcción del cuerpo-infantil como "objeto médico", sujeto a una maleabilidad extrema y a un repertorio de patologías innumerables. No obstante, la responsabilidad por la práctica onanista será atribuida al medio-adulto que rodea al niño. De ahí que, de la inquietud por la masturbación, se pase a una preocupación primordial por el espacio familiar, que conducirá a una nueva organización de sus miembros y de sus roles[2].

En el ámbito de la familia burguesa esto implica reducir el modelo familiar al núcleo padres-hermanos y romper todo lazo entre el niño y la servidumbre. Los padres, entonces, adquieren una responsabilidad tutelar respecto de la sexualidad del niño que conduce a la articulación de cada rincón del hogar en función del cuidado del cuerpo-infantil. Aparecen las habitaciones independientes, las oraciones nocturnas y toda una ritualización silenciosa de la vigilancia.

En las clases populares, por otra parte, esta cruzada contra la masturbación supondrá una sustracción del niño del lugar corrupto que representa la calle y será la fuente de inspiración principal de la promoción de la "vivienda social". Hay que evitar esos cuerpos excesivamente juntos, ese contacto del niño con la crudeza de la vida adulta. De este modo puede verse que es en nombre de la enfermedad que amenaza al cuerpo-infantil, que la familia será estructurada y medicalizada en su totalidad. La familia se convierte en un principio de normalización de los cuerpos, una vez que se ha inventado la sexualidad infantil como una dinámica potencialmente peligrosa.

En suma, la unión entre medicina y familia reorganiza la vida familiar en tres direcciones: la familia es aislada de todos los medios o contextos que pueden perjudicarla, la madre es convertida en elemento central por su utilidad educativa y la familia es estructurada médicamente contra las antiguas enseñanzas, la disciplina religiosa y el hábito del internado (Donzelot, 1990, 21-22). De esta forma, la familia se transforma en un campo privilegiado de la intervención biopolítica, la herramienta perfecta en la administración de la salud y la fuerza de los cuerpos.

Este mecanismo debe proliferar, lo que explica la campaña de las asociaciones filantrópicas en los siglos XVIII y XIX tendiente a la familiarización de las capas populares (ídem, 34). Se promueve el matrimonio, la enseñanza de la higiene doméstica, la instauración del reposo dominical y familiar pero, sobre todo, la construcción de la "vivienda social" como espacio sanitario (ídem, 42-43). La familia, para cumplir con

2. En tal sentido, para Foucault, el temor a la masturbación es más prioritario en la sociedad moderna que el temor al incesto. Cfr. Foucault, 1999c, 321.

su función dentro del dispositivo biopolítico, debe actuar en un espacio cuya extensión impida la irrupción de extraños, facilite la separación de padres e hijos y haga posible la vigilancia de estos últimos por parte de sus progenitores. Hay que acabar con las aglomeraciones peligrosas y con las uniones ilícitas que caracterizan a las clases pobres.

Ahora bien, la familiarización de la sociedad penetra de modo distinto en la burguesía y en los sectores populares, produciendo dos clases de familia, dos tipos de madre y dos formas de infancia. En efecto, la familia burguesa se constituye por una suerte de estrechamiento táctico de sus miembros, en atención a la represión o el control de una amenaza interior: los domésticos (ídem, 46). Al respecto, se le asigna a la madre una serie de tareas educativas e higiénicas que, además, le permiten establecer un puente entre su rol familiar y su actividad social de asistencia y misionado. En cuanto al niño, como ya hemos dicho, se traza un cordón sanitario a su alrededor que delimita y protege su campo de desarrollo (ídem, 47).

Por otra parte, la familia popular se constituye a partir de la proyección, en cada uno de sus miembros, de una relación de vigilancia entre todos respecto al exterior (el bar, la calle, los amigos). Se trata de romper las conexiones entre la familia y un entorno social peligroso, por lo que la madre no tendrá ninguna labor de difusión social, sino el trabajo de controlar la retracción social de su marido y de sus hijos (ídem). De igual modo, el niño pobre será objeto de vigilancia más que de protección, entendiendo el uso de su libertad como el mayor peligro para su bienestar (ídem, 48).

En este contexto, la figura del niño delincuente y las dificultades propias de la retórica médica para llegar a una población mayoritariamente analfabeta, exigirán la irrupción de nuevos mecanismos que disciplinen a la propia estructura familiar. La familia representa la instancia que garantiza la configuración de la infancia normal; pero, por otro lado, es el ámbito de difícil conformación que resulta responsable de la degradación moral de sus miembros. La familiarización es siempre un proceso complejo de efectuarse y que resulta incompleto. De ahí que, a fines del siglo XIX, la escuela aparezca como una alternativa de difusión de la norma frente a la actividad arbitraria de la familia (ídem, 75). El proceso de familiarización social, entonces, se reconfigura como escolarización de la infancia popular y tutelarización de la familia por psicólogos o asistentes sociales. Ambos dispositivos, se comprende, van a intentar que la familia funcione correctamente como herramienta de normalización.

En el diseño de la escuela moderna y de la doctrina de la enseñanza obligatoria subyace el esfuerzo por resolver las dificultades de

organización de la vida infantil que se atribuían a la familia. Se trata de responder al problema de abandono y pobreza que afectaba a los niños de las clases trabajadoras, pero también de intentar romper los lazos iniciáticos adulto-niño que se desarrollaban naturalmente en los sectores populares (ídem, 80-81). Es decir, hay un empeño por reforzar los procesos de familiarización, que buscan la normalización de los individuos y la neutralización sociopolítica de una clase, mediante el uso instrumental de la escuela.

No obstante, la escolarización no es la única modalidad que ha existido de intervención sobre la familia. Desde finales del siglo XIX, se ha organizado un dispositivo tutelar de la familia que transfiere la soberanía de la "familia moralmente insuficiente", responsable de la infancia anormal, a estructuras filantrópicas, jurídicas y médicas que intentan rescatar la seguridad, la salud o la moralidad de los niños (ídem, 85). La figura del delito infantil o de la niñez anormal permite que los padres puedan ser sustituidos como autoridad o ser incorporados a una trama de vigilancia y disciplina que asistentes sociales o psiquiatras ponen en práctica. El complejo tutelar aborda la familia popular desactivando su potencialidad sociopolítica, introduciendo en ella mecanismos de integración social mediante un sin número de estrategias que más que reposar sobre la instancia familiar, la hacen actuar (ídem, 94-95). Puede concluirse, por ende, que en la era de la biopolítica la familia funciona como un mecanismo en la preservación, el control y la producción de la vida.

El hospital moderno

Pero, además, junto con la gestión económica, administrativa y médica de la infancia y de la familia hay, desde el siglo XVIII, una segunda dimensión biopolítica que se refiere a la difusión de la higiene y a la exploración de nuevos campos de intervención por parte de la medicina. La higiene adquiere la connotación de problema público asociado a las epidemias, la morbilidad, la duración media de la vida y la mortalidad. Se valora la puesta en práctica de un régimen de salud de la población que consolide un estado de higiene colectiva en el que tales problemas desaparezcan.

Para la consecución de este propósito se hacen precisas una serie de intervenciones de la medicina. Primero, sobre el espacio urbano, para la mejora de las condiciones de salubridad en la ciudad (Foucault, 1999a, 336-337). Después, sobre los focos privilegiados de la enfermedad: las prisiones, los navíos o los hospitales (ídem, 337). Finalmente, sobre la masa extensa de la población, producto de la incorporación de la medicina en cuanto técnica de salud en instancias administrativas y de

poder real sobre los individuos. Esta última modalidad de intervención produjo dos efectos importantes: la formación de un saber médico administrativo que sirvió de núcleo originario a la economía social y a la sociología del siglo XIX; y la articulación de un ámbito político-médico de incidencia sobre una población, que se vio encuadrada en una serie de prescripciones no sólo limitadas a la enfermedad, sino orientadas también al comportamiento (ídem, 337-338).

En este contexto, cabe inscribir la crítica dirigida al hospital en cuanto institución de encierro. La aparición de la población, la organización de la familia como instancia de medicalización y la constitución de un aparato médico-administrativo conducente al control social son los factores que explican un esfuerzo por sustituir al hospital que acabará con su reforma tecnológica (ídem, 338). Antes del siglo XVIII, el hospital fue un espacio de notable importancia para la vida urbana, pero no cumplió en ningún sentido las funciones de una institución médica (Foucault, 1999b, 99). Foucault ya señalaba en *Folie et déraison* que el hospital durante el siglo XVII fue esencialmente una institución de separación y exclusión de los individuos peligrosos: pobres, enfermos, delincuentes o locos (Foucault, 1967, 80). El hospital representó un ámbito de mezcla y confusión de las vidas rechazadas y marginales; no fue un espacio curativo ni albergó funciones médicas. Entre sus paredes no se escribía ninguna historia de la sanación, sino exclusivamente relatos de castigo y espera de la muerte.

Es más, antes del siglo XVIII, la práctica médica no fue en absoluto hospitalaria (Foucault, 1999b, 100). Se trató, más bien, de un ejercicio ligado al individuo que se desarrollaba como una batalla entre naturaleza y enfermedad, dentro de la cual el médico operaba como un aliado de la primera (ídem, 101)[3]. Nada de internamiento del paciente en un espacio analítico, nada de observaciones y registros sistemáticos de la evolución de una patología. El hospital y la medicina constituyeron campos separados, que solamente comienzan a converger con la eliminación del desorden característico del espacio hospitalario. Este proceso se inicia en los hospitales marítimos y militares, como consecuencia de una reorganización reglamentaria que introduce en ellos un control interno estricto.

Por otro lado, los nuevos fenómenos de población y las nuevas formas de producción introducen modificaciones sustanciales en las polí-

3. En este contexto se inscribe la medicina de las especies que supone "para la enfermedad una espacialización libre, sin región privilegiada, sin la sujeción al hospital, una especie de repartición espontánea en su lugar de nacimiento y de desarrollo que debe funcionar como el lugar paradójico y natural de su eliminación". Cfr. Foucault, 1966, 37 ss.

ticas de asistencia de la pobreza, lo que se traduce en un recorte analítico de la masa humana que habita el hospital. La miseria deja de pertenecer exclusivamente al orden de la falta moral, y se la comienza a comprender como un efecto explicable del desempleo y la crisis económica, cuyo drama corresponde que lo resuelva el Estado. De esta forma se descubre el más profundo error del confinamiento, el despropósito económico que implica suponer que la pobreza se suprime poniéndola fuera de circulación y manteniéndola por caridad. La población, entonces, en su conjunto será considerada como un elemento productor de riqueza que no debe ser objeto de inmovilización en lo que a su fuerza de trabajo se refiere.

Por tal motivo, el pobre abandona su encierro y la práctica del internamiento se limita progresivamente a los enfermos y los locos. En dicho contexto, se constata la profunda necesidad de producir un nuevo ordenamiento estructural del hospital, para lo cual se incorporaran a él una serie de técnicas disciplinarias provenientes del ejército y de la escuela. Estas son: la distribución espacial de los individuos, el control de las acciones en el nivel de su desarrollo y no de su resultado, la vigilancia constante y el registro continuo (ídem, 104-105).

Todos estos procesos sociopolíticos se vieron acompañados, además, por una transformación científica de la práctica médica. El sistema epistémico del siglo XVIII determinó que la intervención médica ya no tenía por objeto la enfermedad propiamente tal, sino el medio ambiente que condiciona el evento patógeno (ídem, 106). Se instaura, entonces, la soberanía de la mirada clínica que debe atender al campo de los síntomas y los signos, en función del devenir empírico de la progresión de la vida (Foucault, 1999d, 131 ss).

Así pues, en el cruce de una tecnología disciplinaria y de una inquietud médica por el medio ambiente, se generó un espacio ordenado y vigilado que distribuye a los enfermos y a las enfermedades y que controla los flujos de individuos tanto como la circulación del aire, del agua o de la temperatura. De este modo, a fines del siglo XVIII, nace el espacio terapéutico que conocemos como hospital moderno. Las características de dicho lugar curativo son claramente identificadas por Foucault: nuevo diseño del espacio que consiste en la creación en torno de cada enfermo de un espacio individualizado, modificable según la evolución de la enfermedad (ídem, 107); concentración en manos del médico de todo el poder dentro de la organización hospitalaria, desplazando a la autoridad del personal religioso (ídem, 107-108); formación de un sistema de registro permanente de todo lo que acontece, que será decisivo para la producción de un conocimiento específico (ídem, 109).

En efecto, la utilización de métodos de identificación, las ano-

taciones y la circulación de datos e informaciones hacen del hospital un archivo documental y, con ello, un lugar de elaboración del saber médico. En tal sentido se puede concluir que en la era del biopoder, el hospital llega a convertirse en una tecnología fundamental, puesto que producto de sus mecanismos de observación y de registro es capaz de construir un saber acerca de la población. En palabras de Foucault: "gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos de saber y de intervención de la medicina" (ídem, 110). Toda esta evolución del hospital demuestra que la medicina moderna no es una medicina individualista, sino una medicina social que se configura como una tecnología de la población.

La medicina social

El desarrollo del capitalismo durante los siglos XVIII y XIX exigió mecanismos de coerción social que no operaron exclusivamente en un nivel ideológico, sino también penetrando en el nivel de los cuerpos. Dice Foucault: "para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal" (Foucault, 1999d, 366). En dicho período, entonces, era preciso apoderarse del cuerpo en función de la fuerza de trabajo y, dentro de dicha operación compleja, la medicina constituyó un instrumento privilegiado. En esta formación de la medicina social, el filósofo francés describe tres modelos que se han desarrollado en distintos países europeos durante los siglos XVIII y XIX: la medicina de Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza de trabajo.

La medicina de Estado se despliega en Alemania. Su origen está en el marco de una preocupación por la mejora de la salud pública y se concretiza en una policía médica. Esta última instancia tiene por objeto la observación exhaustiva de la morbilidad, la normalización de la práctica y del saber médico, la constitución de una organización administrativa para controlar a los médicos y la creación de funcionarios médicos con responsabilidad sobre una región y sobre un sector de la población (ídem, 369-370). Ahora bien, no se busca alcanzar con esta serie de políticas una intervención más eficiente de los cuerpos como fuerza de trabajo. El interés de la medicina de Estado reside, más bien, en los individuos como fuerza que constituye al Estado y como dinamismo que lo asegura frente a los conflictos con otras naciones.

La medicina urbana, por otro lado, funcionó principalmente en Francia como un efecto de la expansión de las ciudades (ídem, 371). El factor demográfico, sumado a la proliferación de las pestes, generó una inquietud político-sanitaria respecto a la ciudad, sus habitantes y sus aglomeraciones. Desde la Edad Media existía un modelo de intervención

sanitaria de la ciudad apestada que era el estado de cuarentena, en dónde se articulaban técnicas de localización de personas, sectorización, vigilancia, información, desinfección y revisión exhaustiva (ídem, 373-374). Este plan de cuarentena se constituyó en el ideal político-médico del siglo XVIII[4]. De hecho, la medicina urbana supuso un perfeccionamiento del esquema de la cuarentena que se dirigió a la consecución de tres objetivos principales.

En primer lugar, se estudiaron los lugares de acumulación y de amontonamiento de desechos en el espacio urbano, que podían ser agentes de desencadenamiento de la enfermedad[5]. Un ejemplo de esto es la política de los cementerios, los cuales son desplazados a la periferia de la ciudad, procediéndose a la individualización del cadáver, del ataúd y de la tumba; de acuerdo a un conjunto de razones estrictamente sanitarias y no religiosas. Luego, como segundo objetivo, se controlaron los procesos de circulación del agua y del aire y, finalmente, se organizaron las distribuciones y las seriaciones de elementos y lugares esenciales para la vida (Foucault, 1999d, 377). Es importante destacar en todo este proceso, la importancia de la medicina urbana para el cruce de la práctica médica con la ciencia físico-química, el desarrollo del concepto de medio ambiente y la aparición de la noción de salubridad (ídem, 378-379)[6].

Así pues, la medicalización de la sociedad ha operado en el ámbito del Estado y de la ciudad. Pero también se ha dirigido a los pobres y a los trabajadores en lo que puede denominarse como medicina de la fuerza de trabajo (ídem, 380). Esta forma de medicina social se desarrolla durante el siglo XIX, principalmente en Inglaterra, como consecuencia del aumento de la clase proletaria y del incremento paralelo del peligro político que representaban los sectores más desfavorecidos de la población. La medicina de la fuerza de trabajo consistió en una intervención de la pobreza que perseguía garantizar sus necesidades de salud. Para dicha meta se recurrió a la vacunación masiva, la organización de un registro

4. Un ideal político que se sintetiza en el célebre proyecto del panóptico de Bentham. Cfr. Foucault, 1976, 199 ss.

5. Cfr. Foucault, 1999d, 375.

6. Cabe precisar que el concepto de *salubridad* se refiere al estado del medio ambiente como base material y social que hace posible una mejor salud de la población. Por ende, se diferencia de la noción de *salud* que alude al bienestar concreto biológico y médico de uno o varios individuos. Asimismo, la noción de *higiene pública* se distingue de las dos anteriores, puesto que se refiere a la técnica de control y de modificación política y científica del medio con el objetivo del mejoramiento de la salud general de la población.

de epidemias y la localización y destrucción de lugares insalubres (ídem, 382). De este modo se intentó asegurar un control de la salud y del cuerpo de los pobres, cuya verdadera finalidad última era convertir estas masas de población en una fuerza de trabajo más apta y duradera y en una fuerza política inocua y sin riesgo para la burguesía.

En síntesis, la medicina social se ha ido configurando en un campo de intervención estatal, urbano y popular. Dentro de dichos procesos, la medicalización de la sociedad ha ido desarrollando estrategias, descubriendo nociones útiles, generando formas de saber y vislumbrando nuevos espacios de ingerencia. Todo esto dibuja el paisaje biopolítico que impera en la sociedad moderna entre los siglos XVIII y XIX.

Medicalización contemporánea

La deriva de la medicalización sufre al menos cuatro modificaciones o readecuaciones importantes durante el siglo XX. Primero, la función del Estado de garantizar la salud de los individuos en beneficio de la preservación de su propia fuerza física, su fuerza de trabajo y su capacidad de producción se transforma en el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud como objetivo de la acción estatal (Foucault, 1999e, 344). Para Foucault, se trata de una inversión en la que "el concepto del individuo sano al servicio del Estado es sustituido por el del Estado al servicio del individuo que goza de buena salud" (ídem).

Segundo, como consecuencia de esta inversión de las relaciones entre individuo y Estado, la preponderancia del concepto de higiene en la literatura y en la administración médica del siglo XIX deja espacio al derecho a estar enfermo y a la interrupción legítima del trabajo (ídem). Tercero, los gastos dedicados a la salud, los costos de la interrupción del trabajo y el cálculo de los riesgos que afectan al bienestar físico de los individuos determinan un nuevo horizonte de preocupaciones que ingresan en el campo de la macroeconomía (idem, 344-345). Cuarto, dado que la salud se constituye en una variable macroeconómica, se convierte también en un foco de luchas y debates políticos (idem, 345). Este último fenómeno se desarrolla después de la Segunda Guerra Mundial y encuentra su núcleo polémico en la cuestión de las políticas de seguridad social.

Estas readecuaciones y desplazamientos demuestran la extensión imparable del paradigma médico en nuestra cultura. De hecho, la incorporación de la medicina al dispositivo biopolítico ha sido la causa de un desarrollo acelerado de la misma, en tal medida que durante el siglo XX asistimos a un proceso amplio e ilimitado de medicalización y a una profundización del régimen de somatocracia que se viene preparando en la sociedad moderna desde el siglo XVIII (idem, 346). En dicho régimen,

según Foucault, el cuidado del cuerpo, la salud física y la inquietud por la enfermedad resultan especialmente decisivos.

Los espacios en los que se aplica la intervención médica ya no se reducen a las enfermedades, los malestares o la demanda de los pacientes. Ahora, por el contrario, la medicina se impone por un acto de autoridad (por ejemplo, con el requisito de examen médico para un contrato laboral o con el examen psiquiátrico del delincuente) y su objeto no guarda relación solamente con la enfermedad, sino con un concepto amplio y difuso de salud (por ejemplo, la intervención médica se dirige a la sexualidad y al territorio de las anomalías). Todo esto permite concluir que la medicina ha llegado a adquirir un "poder autoritario con funciones normalizadoras que excede con mucho la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo" (idem, 353). Los médicos y su saber son protagonistas fundamentales en la invención de la sociedad normalizadora.

Este proceso contemporáneo de medicalización indefinida supone la imposibilidad de encontrar un territorio externo a los códigos médicos (idem, 354-355). Tal fenómeno implica, a su vez, un desplazamiento en las relaciones entre medicina y economía. Como ya señalamos, en el siglo XVIII la medicina y la salud irrumpen como problemas económicos que exigen una administración política de los cuerpos que proporcione y asegure una fuerza de trabajo adecuada. Sin embargo, en el siglo XX, la medicina deja de ser un mero instrumento del aparato económico para penetrarlo y transformarse en uno de sus componentes. Se descubre que la medicina produce por sí misma riqueza, dado que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros (idem, 357). La salud, entonces, pasa a ser comprendida como un bien de consumo. Esto significa que el extenso proceso de utilización biopolítica de la medicina desemboca en una incorporación de la salud y la enfermedad al juego del mercado, con sus agentes de producción (laboratorios, farmacéuticas, médicos, clínicas, aseguradoras) y con sus consumidores (los enfermos reales y los enfermos potenciales que somos todos).

Esta introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo produce una serie de efectos perversos. En primer lugar, se genera una demanda infinita y una insatisfacción generalizada del cliente, ya que el aumento del consumo médico no supone una mejora del nivel de salud, a diferencia de como es prometido. Esto determinará el desarrollo de una oferta fronteriza con respecto a la medicina, que asegura nuevas experiencias del bienestar físico, otras alternativas nutritivas y otros modos de estilización de los cuerpos. Aquí se inscriben una serie de bienes de consumo que recurren al ideal de la vida sana: productos

alimenticios de bajas calorías, programas e instrumentos de acondicionamiento físico, etc.

Por otro lado, el tratamiento de la salud como objeto de consumo, produce unos enormes beneficios económicos para las empresas farmacéuticas. En este último caso, los médicos operan como un eslabón y un mediador dentro de un sistema que tiene a la industria farmacéutica en un extremo y a la demanda infinita del cliente en el otro (idem, 360). Así, los médicos se transforman de principales agentes de la medicalización, en simples distribuidores de medicamentos dentro del mercado del sufrimiento y de la salud prometida. Este último fenómeno explica que las empresas farmacéuticas contemporáneas dirijan la mayor parte de su fuerza de venta a estos profesionales, en una lógica de soborno que busca garantizar la condición venal de los médicos e influir directamente en que receten ciertos medicamentos y no otros[7].

De hecho, alrededor de esta necesidad de las farmacéuticas de intervenir sobre la acción médica, florece toda una industria de intereses comerciales. Están, por ejemplo, las empresas que comercializan con el tiempo de los médicos (habitualmente escaso y, por ende, valioso en la lógica de la oferta y la demanda) vendiéndolo a los visitadores de las farmacéuticas, a cambio de un adecuado porcentaje. De este modo, una conversación de una hora con un médico puede comprarse a unos 150 dólares, de los cuales el 50% será para la empresa y el 50% para el profesional. También existen otro tipo de empresas transnacionales, como International Marketing Services Health o Close Up, que recopilan información sobre los medicamentos que prescriben los médicos, construyen perfiles sobre los hábitos de receta de los mismos y diseñan enormes bases de datos que luego son compradas por las grandes farmacéuticas en importantes cifras de dinero (Jara, 2007, 196).

Neoliberalismo y salud

Puede concluirse, por tanto, que el nexo entre medicina y economía, característico de la medicalización de la sociedad durante el siglo XX, ha adquirido una nueva dimensión con el actual desarrollo de la globalización neoliberal. Foucault ya había advertido algunos de estos procesos en sus análisis sobre la gubernamentalidad neoliberal que tuvo

7. Durante 2000, en Estados Unidos, al 51% de los médicos se le dio muestras médicas para su uso personal o de sus familias. Al 37% se le agasajó con comidas y bebidas al menos ocho veces al año. El 6% de ellos obtuvieron billetes de avión y estancias en lugares de diversión. Al 94% que prescribió más de 50 recetas a la semana se le premió con regalos y donaciones. Cfr. Jara, 2007, 196.

ocasión de exponer en los cursos del Collège de France de finales de los años setenta. Allí describía una racionalidad de gobierno que sostiene los discursos y las prácticas de poder, de acuerdo a un modelo que se singulariza por el dejar hacer, el suscitar o el facilitar. La libertad, en tal contexto, se convertiría en un elemento indispensable de los controles reguladores. Un gobierno cuyo problema principal no sería la restricción del deseo y el disciplinamiento exhaustivo de los cuerpos, sino saber cómo decir sí al deseo y la administración de los movimientos circulatorios de la población.

El neoliberalismo, desde la perspectiva de Foucault, funcionaría como un poder discreto que gestiona fenómenos, procesos y regularidades necesarias, preservando siempre una cuota creciente de tolerancia e incentivo de los deseos, las iniciativas y los intereses individuales (Foucault, 2007, 32-33). Desde este criterio auto-limitativo del gobierno, se articula un discurso crítico de cualquier poder intervencionista y, en concreto, de la acción pública o estatal, lo cual supone atribuir al desenvolvimiento libre del mercado, el estatuto de regla o criterio de la práctica gubernamental: dibujar sus límites, sancionar sus excesos. De este modo, se introduce un nuevo concepto de soberanía, de carácter difuso, supraestatal y transterritorial cuyo eje reside en el mercado. Puede afirmarse, por ende, que el neoliberalismo representa una tecnología de gobierno para y por el mercado.

Ahora bien, una de las características principales de este sistema neoliberal es el uso de la libertad como una técnica, es decir, como un procedimiento de intervención sobre los sujetos que persigue incorporarlos a una misma racionalidad unilateral. Hay un imperativo de la libertad que fuerza a los individuos a hacerse cargo de sí mismos. Es en este contexto que se promueve y se impone en todo orden de materias la lógica de lo privado, lo personal o lo individual, contra las dimensiones de lo público, lo común o lo intersubjetivo. Un ejemplo muy claro de esta racionalidad y que afecta directamente al campo de la medicina y la salud es el modo de concebir la política social.

En efecto, los individuos están sujetos a peligros y a necesidades que los hacen vulnerables (salud o enfermedad, vejez, carencia de vivienda o educación, etc.) y que justifican la administración de una política de seguridad que preserve la libertad. En este contexto, los procesos de individualización se constituyen en el instrumento de la política de seguridad social neoliberal. El individuo, entonces, debería gestionar sus propios riesgos, articular toda una forma de vida en la cual resulta preciso invertir en el propio cuidado y la protección de uno mismo. Así, se abre un nuevo horizonte de necesidades y demandas que satisfacer, un territo-

rio de amenazas rentables en donde ingresan las ofertas de consumo de la industria de los seguros y de la industria de la salud. Como puede observarse, en el interior de esta racionalidad, la proliferación de los peligros y los riesgos no significa ningún antagonismo a la axiomática neoliberal, sino que estimula e intensifica el espacio mercantil de la compra y venta de seguridades.

De hecho, la industria farmacéutica se rige por un criterio que no consiste en la extinción de la enfermedad o la minimización de las incertidumbres relacionadas con la salud, sino más bien por una lógica de preservación y administración multiplicadora de las dolencias y las inquietudes. En este contexto, al poder farmacéutico le interesa particularmente una cosa: la existencia de sujetos que posean conductas de consumo farmacológico cada vez más intensas. Esto quiere decir que las farmacéuticas trabajan para aquellos que pueden comprar un medicamento y no para quienes poseen una enfermedad. Por este motivo, el mercado de la salud ya no funciona en torno al problema enfermo/enfermedad, sino que gira alrededor de las relaciones que pueden establecerse entre el fármaco y el estilo de vida de los individuos.

La circunstancia de que el fármaco sea comprendido esencialmente como un químico que debe incorporarse al modo de vida y no como un medicamento contra una enfermedad tradicional, explica que el mercado farmacéutico haya invertido la secuencia malestar-diagnóstico-tratamiento. Se trata, entonces, de inventar sobre todo una necesidad que encaje en los imperativos de autogestión del individuo y que pueda ser abordada a través de algún tipo de fármaco comercializable. Así, por ejemplo, el medicamento Provigil –un compuesto que tiene por efecto despertar al individuo y prolongar su estado de vigilia– ha tenido en los últimos años un enorme éxito de venta en los Estados Unidos, en tanto que se corresponde con las exigencias del mundo laboral y con las formas de ocio de la vida contemporánea[8].

Como puede verse, no hay propiamente una enfermedad que motive aquí la comercialización, sino que existe más bien la producción artificial de una demanda del medicamento en un sector social con poder

8. Aunque originalmente Provigil obtuvo su licencia como un remedio para la narcolepsia, sus usos y su comercialización se han diversificado. Se trata del fármaco de la actividad permanente y como tal tiene un mercado potencial en todos aquellos que deseen prolongar su rendimiento en el trabajo o que busquen multiplicar su tiempo de diversión en la noche. Pero también ha sido utilizado por las tropas británicas en Irak, lo que abre un nuevo campo de aplicaciones insospechadas. Cfr. Jara, 2007, 286 ss.

adquisitivo. Esto explica que pese a que en determinadas circunstancias la enfermedad sea evidente y afecte a un número importante de personas, las farmacéuticas descarten la comercialización del remedio correspondiente si la relación coste de producción-beneficios de venta no resulta favorable[9]. De este modo, el concepto mismo de enfermedad se ha relativizado y la conexión de esta con los fármacos ha dejado de ser transparente. Hoy estamos en una sociedad que elabora y define sus propios riesgos y precariedades, entre los cuales se encuentran las enfermedades, porque dicho horizonte de incertidumbres constituye un elemento generador de riqueza.

La salud, por ende, ingresa en el horizonte mercantil de la mano de la dinámica de individualización neoliberal. Es decir, porque resulta preciso administrar las incertidumbres que lo atraviesan a uno mismo, la nueva lógica del mercado de la salud encuentra consumidores y demandas por todas partes. Podría afirmarse, entonces, que el orden neoliberal descansa y se apoya en procesos de subjetividad ligados a la autogestión de la vida. Existiría un mercado biopolítico, una verdadera monetarización de la existencia que explica la racionalidad última del poder farmacéutico y la importancia de la medicina para el capitalismo globalizado.

En este contexto, la tensión constitutiva de la vida con respecto a la muerte, la contingencia física del sujeto o su fragilidad biológica se convierten en el soporte fundamental de todo un universo de especulaciones financieras. De este modo, la medicalización de la sociedad ha conseguido en la era de la globalización capturar al cuerpo como un objeto de consumo y de producción de capital. Se promueven, entonces, estilos de vida sana, el cuidado de la alimentación, la necesidad de "tener un cuerpo en forma" no sólo como un modo de reforzar la primacía del interés individualista, sino también como una manera de crear mercado donde en principio parecía no existir. Para que esto sea posible se precisa de los aparatos comunicacionales que se sirven del discurso médico (o de los propios médicos y psicólogos que cada vez aparecen más en la televisión), para legitimar un modo de relación del sujeto con su propia corporeidad.

Un modo de relación con uno mismo que resulta útil para un sistema que pretende la descomposición de los lazos de solidaridad entre los sujetos. La individualización funciona, por tanto, como una herramienta

9. Este es el caso de la enfermedad del sueño o tripanosomiasis que mata unas 150.000 personas al año en África. Pese a existir un fármaco para su tratamiento (Ornidyl), su producción y comercialización ha sido abandonada por razones financieras. Cfr. Jara, 2007, 285 ss.

que privatiza o personaliza las contradicciones estructurales del sistema capitalista. De esta forma se asegura la invisibilización de dichos conflictos y el orden global avanza en su perpetuación. La industria de la salud, en este sentido, cumpliría un rol decisivo en la construcción de una sociedad inmunitaria[10], de individuos encerrados en el espacio aséptico y asegurado de su privacidad, temerosos del contagio que pueda advenir desde el exterior y que encarna la alteridad.

En resumen, la medicalización de la sociedad, desde el siglo XVIII hasta el presente, ha supuesto un desplazamiento del imperativo del control de la pobreza al mecanismo complejo de la producción de consumidores. Hoy la medicalización funciona con autonomía respecto de la medicina, de los funcionarios médicos y de las instituciones de salud, porque sus lógicas circulan por todo el tejido social como una mercancía más entre otras. Esto ha sido consecuencia de un proceso general de desarrollo y permanente transformación del dispositivo biopolítico moderno. En efecto, desde su génesis hasta la actualidad, la biopolítica se ha servido de los discursos y de las tecnologías médicas, de la intervención de la infancia y de la familia, del aparato hospitalario y de los sistemas de consumo, para conquistar nuevas formas de apropiación política de la vida. En la utilización de todos esos recursos, ha perseguido la incorporación de los individuos y de los cuerpos al aparato de producción y consumo capitalistas. Es decir, la biopolítica se ha rearticulado y reforzado, una y otra vez en la historia, haciendo de la vida el lugar de una batalla.

Bibliografía

Donzelot, J. *La policía de las familias*, Valencia, Pre-Textos, 1990.

Esposito, R. *Immunitas. Protección y negación de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.

Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1966.

- *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
- *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI, 1976.
- "La política de la salud en el siglo XVIII", en *Estrategias de Poder*, *Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Paidós, 1999a.
- "La incorporación del hospital en la tecnología moderna", en *Estética, ética y*

10. Utilizo en este punto el concepto propuesto por Esposito (2005) de *inmunidad*, para destacar el hecho de que la muerte y los límites de la existencia son excluidos del sistema, incorporándolos a su propia lógica económica. Pero, además, porque la lógica inmunitaria contiene en sí misma el principio de una negación que constituye y da sentido a un sistema de seguridad autorreferencial.

hermenéutica, *Obras esenciales*, vol. III, Barcelona, Paidós, 1999b.
• "Asilos, sexualidad, prisiones", en *Estrategias de poder*, *Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Paidós, 1999c.
• "Nacimiento de la medicina social", en en *Estrategias de poder*, *Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Paidós, 1999d.
• "¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?", en en *Estrategias de poder*, *Obras esenciales*, vol. II, Barcelona, Paidós, 1999e.
• *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975),* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.
• *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Colegio de Francia (1978-1979).* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
Jara, M. *Traficantes de salud*, Barcelona, Icaria, 2007.