Globethics Repository




# Medicina, biotecnopolítica y bioética [Medicine, biotechnopolitics and bioethics]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

| | |
|---|---|
| Item Type | Article |
| Authors | Díaz Amado, Eduardo |
| Publisher | ISO-CYTE |
| Rights | Creative Commons Copyright (CC 2.5) |
| Download date | 2026-11-09 10:10:34 |
| Link to Item | http://hdl.handle.net/20.500.12424/215914 |

# Medicina, biotecnopolítica y bioética: de la anatomía a la autonomía

**Eduardo Díaz Amado, MD, FIL., MA**
Instituto de Bioética, Universidad Javeriana
Universidad de Durham
eduardo.diaz@javeriana.edu.co · eduardo.diaz-amado@durham.ac.uk

**Resumen:**

La historia de la medicina ha estado íntimamente relacionada con la historia del cuerpo. Hoy vemos que anatomía, sexo/género, cultura, necesidades sociales, biotecnología y economía han llegado a confluir en este complejo escenario de prácticas y discursos que es la medicina contemporánea. El fenómeno de 'la medicalización de la vida' ha sido visto como un signo del poder del discurso médico en la sociedad. Ahora, sin embargo, la propia medicina es el objetivo de nuevos desplazamientos del poder. En este sentido, profundizar en el análisis del nacimiento y desarrollo de la bioética y el derecho médico en el contexto de lo que M. Foucault denominara *biopolítica* sigue siendo una tarea aún por completarse. En el caso latinoamericano este análisis es relevante en aras de evitar que los nuevos discursos normativos alrededor de la práctica médica sean elementos de subyugación y no de liberación y dignificación.

**Palabras clave:** anatomía – bioética – biopolítica – tecnolujo – cuerpo – medicalización – sexo/género.

**Abstract:**

**Medicine, biotechnopolitics and bioethics: from anatomy to autonomy**

The history of medicine shares a deep relationship with the history of the body. We are able to observe the convergence of anatomy, gender, culture, social needs, biotechnology, and economy in the complex scenario of practices and discourses of contemporary medical practice. The phenomenon known as the 'medicalization of life' has meant the power of medical discourse over society. Today, medicine is a target of new power displacements. In this respect, to deepen the analysis of the rise of bioethics and medical law in the context of what M. Foucault called *biopolitics* is an awaiting task. In the case of Latin America, such an analysis is relevant in order to avoid new normative discourses on medical practice becoming subjugating strategies rather than possibilities to both liberate the body and protect human dignity.

**Key words:** anatomy – bioethics – biopolitics - technoluxe – body – medicalization – sex/gender.

Fecha de recepción: octubre de 2009
Versión final: noviembre de 2009

## 1. Introducción

La definición y el conocimiento del cuerpo han sido tareas íntimamente relacionadas con la historia de la medicina. Por esta razón no es extraño que los médicos sean considerados 'expertos' en el conocimiento del cuerpo y que la medicina moderna encarne el sueño de *revelar* su *naturaleza*. Desde la reflexión epistemológica sabemos que cada disciplina crea su propio objeto de saber. Por eso la medicina no simplemente *descubre* cómo es y cómo funciona el cuerpo, sino que *construye* ese cuerpo sobre el que dice investigar y realizar su trabajo. El cuerpo del que hablan médicos y pacientes día a día, el de las revistas que traen información médica, el que debe ser sometido a dietas u otros tratamientos de belleza es un cuerpo construido en la intersección entre valores sociales y discurso médico. En el espacio clínico es captado a través de la dicotomía salud/enfermedad en un lenguaje de etiologías, signos/síntomas, padecimientos, terapias y tratamientos. Este cuerpo *médicamente-construido* se proyecta de manera poderosa y extensa en la sociedad contemporánea porque el lenguaje médico permea casi todos los aspectos de nuestras vidas. Tratamientos de belleza, control de riesgos, eterna juventud, higiene pública, comportamiento entendido en términos psiquiátricos son algunos elementos que funcionan en el contexto de un cuerpo medicalizado. Por esto, quizá, 'desmedicalizar' el cuerpo se ha convertido en una especie de agenda política de nuestros tiempos. Hoy es usual que alrededor del cuerpo se tejan innumerables debates económicos, teológicos, filosóficos, legales y bioéticos.

Pero para la aproximación crítica no hay, sin embargo, suficiente lugar al interior de la práctica médica cotidiana. Que la medicina, como discurso, se ocupe del cuerpo no significa que en los espacios institucionalizados donde se realiza la práctica clínica la construcción medicalizada del cuerpo se someta a examen. En dichos espacios, controlados por las modernas burocracias de la industria de la salud o marcados por el disciplinamiento que tradicionalmente ha caracterizado al escenario médico, en vez de facilitarse el debate o la crítica lo que existen son innumerables mecanismos de reforzamiento de las estrategias medicalizantes. Pero ser médico no debería significar automáticamente 'ser alguien que medicaliza la realidad'. Sin embargo, la educación médica no provee a los médicos elementos conceptuales que les permitan poner entre paréntesis su propia perspectiva y, así, entrar en diálogo con otras miradas alrededor del cuerpo. Por el contario, aunque se diga que cada caso es distinto, que hay 'variables sociales', que el acto médico es individual la enseñanza médica se da sobre la base de un 'cuerpo estándar', un compuesto de órganos y tejidos, que 'enferma' y hay que 'tratar' con medicamentos e intervenciones aprobados por la *medicina basada en la evidencia*. Y cualquier intento por desmitificar esta mirada en el espacio médico mismo está

condenado al fracaso. Considerar al cuerpo desde otras perspectivas es visto, en la educación médica, como algo 'complementario' y la ortodoxia médica difícilmente acepta que su propia mirada es miope frente a muchos aspectos de la vida humana. Porque la práctica médica no es sólo la aplicación de conocimiento científico al campo de la salud, sino que es también conjunto de discursos y prácticas a las que han de sujetarse –para quedar atrapados- individuos e instituciones alrededor del tema salud/enfermedad.

La práctica médica opera con base en un mecanismo de estandarización de variables. El cuerpo médicamente construido es el lugar natural de expresión de dichas variables; pero el cuerpo es, al mismo tiempo, una variable más interactuando en el escenario social. La práctica médica está profundamente entronizada en dinámicas económicas y culturales de poder/control que caracterizan a nuestra época, lo mismo que lo está el propio cuerpo. En la sociedad contemporánea el cuerpo es el objeto-blanco de todo ámbito del que puedan derivarse aspectos normativos y de control. Basta con mirar de cerca cómo operan hoy ciertos discursos de carácter político, ético, jurídico, económico y administrativo. Muchos han visto en el discurso médico mismo una expresión más de control social (Zola, 1990), en especial desde su entronización con prácticas policiales, forenses, experticias psiquiátricas, entre otras. El poder clasificatorio de los antagonismos normal/anormal, sano/enfermo, apto/no apto configura uno de los mecanismos por los cuales los individuos son ubicados en el entramado social o son llamados a desempeñar determinados roles. Esto no debe llevarnos a pensar que los médicos están confabulados para cercenar nuestra libertad. Más allá de las críticas al poder médico, la práctica clínica cotidiana está llena de ejemplos en los que se verifica una y otra vez que los profesionales de la salud rara vez se apartan de lo que ha sido un postulado ético fundamental para la profesión médica desde hace siglos: hacer el bien al paciente.

Los intríngulis de poder, control, ideología, disciplinamiento e incluso explotación, que se esconden detrás del *modus operandi* de la medicina contemporánea no invalidan el intento genuino de tantos médicos por obrar en pos de mejorar la salud de las personas. Éste debería ser un punto a incluir en cualquier crítica a la manera como se realiza hoy la medicina. Las políticas macroeconómicas no incluyen una ética hipocrática. Mientras a los médicos se les exige ser 'beneficentes' y 'respetar la autonomía' de los pacientes, los agentes no-médicos y operando en la gran burocracia de la industria de la salud tienen 'patente de corso' para obrar en pos de sus particulares intereses. No es raro que a estos personajes les fascinen las estadísticas y sean expertos en presentar graficas y análisis de costo/beneficio. Ya Stalin, de manera sarcástica, afirmaba que 'una muerte es una tragedia, mientras un millón de muertes, una estadística'. En el campo de la atención médica una cosa es la vivencia del enfermo

individual y otra distinta la 'asepsia' con la que se presentan las cifras en los congresos internacionales.

En el actual escenario corporativo en que se desarrolla la práctica médica el cuerpo sigue siendo un objetivo de la voluntad de poder. La medicina, gracias a su enorme efectividad y prestigio, engrana de manera ideal dicha voluntad. Este aspecto sigue sin ser analizado a fondo pues hoy los discursos 'etizantes' y 'juridizantes' han tomado el control de la reflexión teórica sobre la práctica médica. Tales discursos, como la bioética y el derecho médico, han devenido una 'tecnología' para gobernar las profesiones de la salud y canalizar demandas sociales. Pero, al mismo tiempo, nos 'distraen' de cuestiones fundamentales. En este sentido, el objetivo del presente artículo es realizar un aporte al análisis de algunos aspectos de la práctica médica contemporánea que pueden estar señalando nuevos desplazamientos en los funcionamientos del poder. En la primera parte presentaré un bosquejo de la 'construcción' del cuerpo médicamente-representando en relación con el desarrollo de la anatomía como base de la práctica médica moderna, resaltando el aspecto relativo a la construcción biológica del sexo y el género. Luego me centraré en la medicalización y la biotecnopolítica como dos dinámicas a través de las cuales el poder opera hoy encarnado en el discurso médico. Finalmente, haré algunas reflexiones en torno al papel de la bioética en este escenario, señalando el inmenso peligro que tiene en Latinoamérica de convertirse en un alfil más de las dinámicas de poder y control que operan abiertamente en nuestro continente. Lejos de esto, la bioética debe contribuir a la 'liberación' del cuerpo, lo que le confiere un papel emancipatorio, constituyendo un llamado a no limitarse a ser una 'tecnología para resolver dilemas éticos' en biomedicina y así evitar ser parte de los mecanismos perversos que, en nombre de la autonomía o la justicia, no hacen otra cosa que subyugar.

Ideas, concepciones y paradigmas alrededor del cuerpo coexisten hoy en las sociedades que se autodenominan 'pluralistas'. El presente artículo no busca realizar una síntesis de las principales teorías sociológicas, estéticas o filosóficas alrededor del cuerpo. Se trata más bien de plantear una serie de reflexiones desde lo médico mismo, en un horizonte que se abre a la pregunta por los funcionamientos del poder en la práctica médica contemporánea; una práctica que ha entrado en relación íntima con el consumismo y la exaltación de la soberanía –aparente- del individuo. En este sentido, las líneas que siguen se inspiran en elementos de la obra de M. Foucault y algunos de quienes han continuado desarrollando herramientas conceptuales a partir de su obra. Finalmente, también es un intento de llevar a cabo una reflexión bioética desmarcada de las usuales perspectivas utilizadas en el medio Latinoamericano con lo cual, ojala, dicha reflexión pueda verse enriquecida.

## 2. El cuerpo físico y el cuerpo representado

Si apelamos a la famosa visión dualística de R. Descartes es fácil ver que usualmente asumimos nuestra existencia en términos de una *existencia física,* que Descartes llamaba la *res extensa,* y que hoy de manera desprevenida tenderíamos a traslapar con nuestra existencia en tanto 'cuerpos'. No hay que ser científicos sociales para notar esta asunción básica de la existencia. Para Descartes también existíamos como *res cogitans,* 'pensamos luego existimos'. Pero podemos concebir más allá de este dualismo otras existencias: nuestras diversas maneras de existir para nosotros mismos y para otros, como hijos o hermanos, ciudadanos, científicos, poetas o trabajadores. Sin embargo es la existencia física la que sentimos como un *factum* innegable y universal, una realidad *clara y distinta,* evocando de nuevo a Descartes (Descartes, 1971). Las existencias simbólicas son complejas de captar, parecen dispersas y confusas comparadas con el dato intuitivo de nuestro cuerpo físico. La certeza de la materialidad física nos da la seguridad de ser lo que somos, de estar con 'nosotros mismos'. Pensarnos como cuerpos en sentido simbólico, como 'construcción' lingüística o como 'agentes-desempeñando-roles' es una perspectiva que requiere una mediación del pensamiento porque se trata de un hecho ajeno a la experiencia cotidiana de ser cuerpos físicos en el mundo. Pero, en cualquier caso, hablar del cuerpo es hablar de una realidad que no es para nada *clara y distinta*, sino plurisemántica, multivariada, compleja, contradictoria e inaprensible.

El cuerpo es un elemento repleto de significados. A través de él y con él construimos nuestra identidad, entramos en relación con los otros, experimentamos el hecho de vivir y envejecer, conocemos el placer y el dolor. En su dimensión física es lugar de órganos y tejidos, de movimientos y funciones, de interacciones con el medio y de dinámicas tiempo/espacio, pero el cuerpo no es la sumatoria de todos estos fenómenos. También podríamos concebir un *cuerpo-sin-órganos* y despojado de un 'yo' particular, una especie de entelequia, el lugar vacio al que se refieren, por ejemplo, las cifras económicas y las estadísticas. ¿Qué son mil cuerpos sepultados luego de la guerra? ¿Qué son diez mil cuerpos desaparecidos en una tragedia? ¿Qué son los cuerpos de los sujetos de investigación? El cuerpo también es 'objeto', elemento-blanco de diversos discursos, como la higiene, la educación y la propia medicina (Foucault, 1984). El cuerpo no es un dato absoluto y perenne, por el contrario tiene historia, puede ser *historiado*. En diferentes tiempos y lugares el ser humano ha experimentado de diversos modos la *corporeidad* y circunstancias tales como la enfermedad, la belleza o sus determinaciones culturales y políticas que llevan, por ejemplo, a diversas prácticas y usos del cuerpo, desde tatuarse por placer o por moda, hasta la autoinmolación en la defensa de una idea, de la patria

o de una creencia religiosa. Los valores, ideas y conceptos que circulan en un momento determinado en la sociedad se expresan siempre *materialmente* en el cuerpo.

Aunque nuestra estructura física en tanto *homo sapiens* no ha variado mucho desde hace siglos, nosotros, los de hoy, somos muy distintos de aquellos que hicieron la Gran Muralla China, conquistaron Troya, vivieron en la Roma del siglo I o en la América pre-hispánica. La cultura, el medio ambiente y las estructuras socio-políticas moldean lo que somos, incluido nuestro cuerpo. Foucault, por ejemplo, enfatiza un aspecto en la historia del cuerpo: que en el contexto de la Modernidad la combinación entre experticia médica y objetivos políticos ha constituido un nuevo tipo de poder: la biopolítica. Este poder busca administrar la vida, tanto el cuerpo individual como al nivel de las poblaciones, a través de un campo de conocimientos y experticias, por un lado, y de un aparato administrativo, por el otro (Danaher, Schirato & Webb, 2000). Las manifestaciones biopolíticas incluyen desde la creación de la bioestadística y el discurso sobre la salud pública en el siglo XVIII, pasando por la organización de las ciudades, hospitales, cementerios, etc., hasta las estrategias de saneamiento, vacunación, reporte de enfermedades contagiosas y control del crecimiento y desarrollo de nuestros días. Pero dentro de esta estrategia biopolítica quizá debamos incluir discursos que han hecho su aparición más recientemente como la bioética y el derecho médico, cuya razón de ser tiene que ver con la 'administración' y regulación de la vida en el campo de la práctica médica.

En los últimos veinte años el cuerpo se ha vuelto *tema de moda*, objeto de investigaciones, de trabajo y discusión en el mundo académico. Una de estas líneas de investigación tiene que ver con el cuerpo en relación a la medicina. En el contexto médico han existido diversas ideas y modelos sobre el cuerpo a través de la historia. El cuerpo está tan relacionado con la medicina que, incluso a veces, historia del cuerpo e historia de la medicina parecen fundirse en una sola (Jenner & Taithe, 2000). Esta relación entre medicina y cuerpo puede verse reflejada en la historia de la anatomía, el sustrato básico que *medicaliza* la materialidad del cuerpo en la Modernidad. En la historia de la anatomía podemos rastrear el proceso por el cual la medicina ha construido su objeto de conocimiento, ese cuerpo *médicamente construido*, que constituye el centro y justificación de su propio quehacer.

Desde siempre la anatomía ha ejercido una extraña fascinación, un tema que genera interés a la vez que temor y rechazo en quienes se congregan a su alrededor. El conocimiento del cuerpo y sus profundidades puede ser considerado como un 'viaje de exploración' que el ser humano emprendió desde los albores de la civilización y que transita por el sorprendente mundo de lo microscópico y lo molecular en nuestros días. En este viaje, el conocimiento anatómico no ha sido solamente un constituyente del conocimiento médico, sino también punto de partida para el arte y elemento de reflexión para la filosofía y la religión. La anatomía como

componente esencial en la educación y práctica médicas constituye un hecho reciente. Sólo con el advenimiento de la medicina científica en el Renacimiento y la comprensión de la enfermedad como un fenómeno que le pertenece por derecho propio al cuerpo, pudo la anatomía constituirse en un tipo conocimiento 'fundante' de la medicina.

## 3. El mundo antiguo

En el Mundo Antiguo las concepciones médicas sobre el cuerpo están relacionadas principalmente con tres grandes escuelas: la desarrollada en la isla de Cos o escuela hipocrática; la escuela de Alejandría; y la tercera, la del que gran médico romano Galeno. Cada una desarrolló una particular idea del cuerpo sobre la cual moldeó un determinado tipo de práctica médica. Los linderos conceptuales que podemos trazar para diferenciar una de otra son con frecuencia difusos. Sin embargo, es posible bosquejar algunas de sus ideas centrales y particularidades.

Hipócrates es ciertamente el más famoso de todos los médicos del pasado. No hay duda de su gran influencia a través de todos los tiempos en el modo como ha de ser entendida la medicina. A la escuela hipocrática le debemos los primeros fundamentos ontológicos, epistemológicos y éticos de nuestra medicina alopática. Es necesario remarcar el carácter ético que adquirió la profesión en virtud del juramento que debían realizar quienes entraban a formar parte de esta escuela (Hipócrates, 1995). Y aunque hoy suele usarse el nombre 'ética hipocrática' para referirse a la ética médica en general, los fundamentos éticos de la medicina en el Mundo Antiguo no fueron propiedad exclusiva de la escuela hipocrática. La ética que llamamos hoy hipocrática fue apenas una más entre diversas perspectivas existentes sobre cómo debía llevarse a cabo la práctica médica. Que la ética hipocrática sea importante en nuestros días puede estar relacionado con el hecho de que sus postulados contienen grandes coincidencias con el cristianismo, que ha proveído el horizonte existencial, teórico y práctico fundamental para pensar la ética en los últimos dos mil años de nuestra historia. Que la ética hipocrática sea hoy considerada depositaria de la identidad de la medicina puede ser más el reflejo de lo que somos que de lo que significó Hipócrates y su ética para sus propios contemporáneos (Carrick, 2001).

Las características de la medicina como profesión y como práctica han estado siempre en relación con cada tiempo y lugar. La medicina no es un elemento a-histórico y universal. En este sentido, la escuela hipocrática contiene elementos propios del modelo de conocimiento vigente en ese momento. Existió una profunda y fértil relación entre la medicina hipocrática y la

filosofía (o las filosofías) de ese tiempo. Por un lado, la medicina se nutrió de importantes ideas acerca de la naturaleza y el conocimiento aportado por la filosofía y, por el otro, la propia filosofía encontró en la medicina una fuente importante para reflexionar acerca de la naturaleza del bien y lo que caracteriza a una profesión éticamente fundamentada (Jaeger, 1961, p.3).

La concepción del cuerpo en la escuela hipocrática se dio en el contexto de una Filosofía de la Naturaleza, en el siglo IV a de C. En esta escuela podemos encontrar tres ideas principales alrededor del cuerpo: la primera, que el cuerpo es parte de la naturaleza (*physis*) –constituido por cuatro elementos, base de la teoría de los cuatro humores que caracterizó esta escuela- y que está gobernado por las mismas leyes naturales; la segunda, que el cuerpo puede ser conocido –explicado- utilizando el método de la filosofía, esto es, la razón; y, tercero, que así como la filosofía busca el bien del alma, la tarea de la medicina es buscar el bien del cuerpo[1]. El 'bien' desde el punto de vista médico hipocrático consistía en el equilibrio en el que debían permanecer los cuatro elementos fundamentales en el cuerpo del paciente (agua, aire, tierra y fuego).

Sobre la base de la existencia de los cuatro elementos Hipócrates desarrolló el concepto de los cuatro humores para explicar y comprender el cuerpo, sus funciones, las enfermedades y, por supuesto, su tratamiento (Hipócrates, 1995). Poseer un cuerpo sano implicaba un equilibrio entre lo húmedo, lo seco, lo caliente y lo frío. Esta concepción prevaleció hasta el Renacimiento, cuando se dio paso al modelo explicativo científico que se impuso. En la teoría de los cuatro elementos se le atribuían propiedades distintas al cuerpo dependiendo del género. Lo cálido y seco eran atributos de lo masculino, mientras que la naturaleza femenina era fría y húmeda. Los procesos fisiológicos eran explicados mediante estas categorías. Así, por ejemplo, la menstruación se comprendía como un mecanismo del cuerpo femenino para expeler la sangre que no había podido ser *'quemada'*, teniendo en cuenta la falta de 'calor' en la mujer. Las explicaciones médicas siempre han sido parte de entramados culturales alrededor de los comportamientos, género y organización social.

La escuela de Alejandría, cuyos máximos representantes son Herófilo y Erasístrato, fue aparentemente el único lugar en la antigüedad donde se practicaron disecciones de cuerpos humanos. Incluso se realizaron *vivisecciones* (disección de personas vivas), en la tarea de comprender procesos fisiológicos como, por ejemplo, la digestión. En este sentido, en la escuela de Alejandría se consideró al cuerpo como un *objeto* susceptible de ser inspeccionado en su interior, de la misma manera que se procedía con cualquier otro objeto de la naturaleza. Este método permitió importantes descubrimientos, por ejemplo, que venas y arterias, a diferencia

[1] Idea fuertemente expresada por la escuela epicúrea.

de la concepción aristotélica, eran dos tipos distintos de vasos sanguíneos (Cunningham, 1997, p. 25).

Otro elemento importante en Alejandría fue que la investigación anatómica estuvo encaminada más hacia la terapéutica que hacia el mero acrecentamiento de conocimiento anatómico. Galeno, en el siglo I de nuestra era y gestor de la otra gran escuela médica de la antigüedad, también orientó sus investigaciones anatómicas hacia lo terapéutico. Pero, en contraste con la escuela de Alejandría, Galeno realizó sus disecciones en animales (monos y cerdos) y dado que su influencia en el campo de la medicina perduró por siglos, fuertemente hasta el Renacimiento, el conocimiento médico del cuerpo humano durante ese tiempo consistió básicamente en una 'extrapolación' de la anatomía animal. Al igual que Aristóteles, Galeno estaba convencido de que el cuerpo no era un producto del mero azar, sino que había un propósito predeterminado en el diseño y en la existencia de cada parte, una *teleología* que, a partir de Darwin, parece haber sido rebatida[2].

## 4. El Renacimiento: la otra América y la conformación de la mirada clínica

En la novela *El anatomista*, Federico Andahazi (1997) narra la historia de un aventurado y consagrado anatomista del Renacimiento cuyo apellido, Colón, no podía ser más adecuado para quien sería recordado por su gran descubrimiento. En la novela Mateo Colón considera, alegóricamente, que ha descubierto *'otra América'* cuando describe por primera vez un elemento exclusivo de la anatomía femenina: el clítoris. No es una alegoría desatinada si consideramos el inmenso continente por descubrir –y por *conquistar*- que ha significado el cuerpo humano desde el Renacimiento. Como movimiento cultural, el Renacimiento trajo de vuelta al siglo XVI los ideales griegos de la época clásica, lo que condujo también a nuevas miradas y concepciones sobre el cuerpo en el ámbito de la medicina. Con el trabajo de grandes anatomistas como Vesalio, el mismo Mateo Realdo Colombo quien fuera discípulo suyo en el siglo XVI y que inspira el personaje de la novela de Andahazi, brillantes médicos como Harvey y Sydenham, y cirujanos como A. Pare, se inició una nueva era para la medicina y su perspectiva sobre el cuerpo.

Un gran paso fue que la indagación acerca de la estructura física del cuerpo (anatomía) y su funcionamiento adoptó el método de la naciente ciencia moderna: observar, experimentar

[2] Aunque la polémica entre creacionistas y evolucionistas ha sido reavivada en los últimos treinta años. Sobre esto ver: Ruse, M. (1996). *But is it Science?* New York: Prometheus.

y poner en duda los argumentos de autoridad (Rossi, 1968). La medicina se convirtió en *científica* y sus afirmaciones adquirieron el carácter de proposiciones verificables a través de la observación directa y sistemática (como ocurrió con la disección de cadáveres) y de la experimentación (como ocurriría con el desarrollo de la fisiología más tarde). El proyecto científico de la medicina representó una nueva aproximación al cuerpo, retando la idea establecida de que la verdad estaba en los textos y en las afirmaciones de figuras reconocidas del pasado como Aristóteles o Galeno.

La certeza del saber anatómico era ahora cuestión de mirar 'directamente' al cuerpo y a su interior. Vesalio sobresale por haber sido el primer médico en realizar él mismo disecciones. Antes de Vesalio el médico se limitaba a leer los libros de anatomía y señalar las partes en el cadáver, mientras sus ayudantes realizaban la disección. Gracias a su ferviente deseo de criticar y corregir a Galeno, con Vesalio la anatomía humana adquiere su rostro moderno, el de una indagación sistemática y observación atenta a cada detalle, como se constata en su gran obra *De humanis corpore fabrica,* publicada en 1543[3]. El grabado de la portada del libro es un reflejo del lugar que la anatomía ocupó en el Renacimiento. En este grabado se representa un teatro atestado de público donde se lleva a cabo la disección del cadáver de una mujer, lo que simboliza el triunfo de la razón masculina sobre la naturaleza y que, junto con la figura poco nítida de otra mujer asomando tras una de las columnas del teatro, posiblemente una partera, un personaje tan importante como los médicos en esa época, constituyen las dos únicas figuras femeninas de la escena. La disección la realiza el propio Vesalio, quien se hizo representar acompañado de Galeno, Hipócrates y Aristóteles, para simbolizar la importancia de su trabajo y su inserción en una respetable y antigua tradición en la que el estudio del cuerpo humano era parte fundamental del estudio de la naturaleza. En tanto muchas de las disecciones de esta época eran realizadas con espíritu científico y en presencia de un nutrido público (como en el grabado de la cubierta de *De fabrica*), podemos decir que simbólicamente el cuerpo humano devino *objeto público de conocimiento medico-científico* en el Renacimiento.

En la medicina renacentista se inicia la construcción de un nuevo 'saber' sobre el cuerpo en virtud del advenimiento de la 'mirada' médica que originará la medicina clínica. Foucault ha considerado así el nacimiento de la medicina moderna, mediante la configuración de una nueva forma de ver y un nuevo modo de hablar del cuerpo: la clínica (Foucault, 1989). El médico moderno solo hablará de lo que observa. No se trató entonces, ni tampoco ahora, de una mirada desprovista de sesgos, énfasis o sombras. En el nuevo juego de los hallazgos

[3] Para apreciar el gran trabajo de Vesalio, ver, por ejemplo, http://archive.nlm.nih.gov/proj/ttp/flash/vesalius/vesalius.html. Recuperado el 31 de marzo de 2008.

anatómicos, del lenguaje de los síntomas y los signos, característico de la clínica, la idea de cuerpo y su representación quedan bosquejadas para la medicina moderna. Cuerpo, *estructura* en su composición de órganos y tejidos (anatomía), más adelante lugar de reacciones y procesos fisicoquímicos (la fisiología) y, hoy, el resultado *fenotípico* de determinado *genotipo* que lo condiciona y determina en gran medida. *Lo normal y lo patológico, la enfermedad y la salud son desde el Renacimiento un asunto del cuerpo.*

El avance tecno-científico en medicina desde entonces ha consistido, entre otras, en la acumulación de enorme cantidad de *conocimiento médico sobre el cuerpo* lo que ha permitido la creación de tecnologías para su manipulación, especialmente desde la segunda mitad del siglo XX. El cuerpo es hoy una 'estructura' susceptible de ser manipulada, alterada, modificada, cambiada. Y este poder de intervención, lo mismo que la idea mecanicista que tenemos hoy del cuerpo, hunde sus raíces en el modelo anatomo-clínico conformado desde el Renacimiento, que hoy llega hasta el infinitamente pequeño mundo de lo genético y lo molecular (Díaz, 2002). En un tono más de ingeniero que de médico se podría afirmar que con la nueva perspectiva anatómica iniciada en el Renacimiento se sentaron las bases para que el cuerpo se comprendiera como *unidad compuesta*; un 'todo' cuyas partes pueden cambiarse o mejorarse. Esto sin olvidar la enorme influencia que ha ejercido en nuestra concepción mecanicista del cuerpo el dualismo cartesiano mente/cuerpo, con la aparente superioridad de lo mental sobre lo corporal.

El cuerpo es una tierra que no sólo ha venido siendo colonizada sino también 're-creada' durante los últimos cuatro siglos. La corporeidad física esconde cada vez menos y es hoy un espacio de lo transparente (Dijck, 2005). Sus partes son cada vez más asequibles y fáciles de manipular como se puede constatar, por ejemplo, en los procedimientos de procreación asistida o en las avanzadas técnicas de imagenología, como la resonancia nuclear magnética, que 'muestran/construyen' con precisión el interior del cuerpo, un espacio que nos está vedado a la observación directa. Así mismo, el deseo de las personas hoy por transformar su cuerpo y utilizar al máximo las posibilidades tecnológicas en pos de lograr los más diversos fines es una característica cultural de nuestro tiempo.

## 5. La revolución biomédica del siglo XX

El poder de intervención de la medicina contemporánea encuentra cada vez menos límites y genera cada vez más preguntas de orden normativo (Siep, 2003). El biopoder se ha incrementado, lo que implica no sólo la intervención directa sobre el cuerpo sino su creciente

'administración'. El cuerpo es asumido como un *proyecto* a realizar, una 'inversión' a largo plazo, un objeto al que se le puede incrementar su valor si se le realizan 'mejoras' (como se hace con una propiedad que va ser puesta en venta). Estas transacciones que se generan alrededor del cuerpo se realizan bajo el auspicio de la moneda simbólica que contienen los mensajes y valores producidos por los medios de comunicación, las empresas dedicadas a la industria de la belleza y toda una gama de actores sociales que tienen en el cuerpo un reglón de negocios muy importante. Pero el gran cristalizador de estos sueños es el discurso médico, que provee a través de nuevas intersecciones entre la tecno-ciencia y la economía de consumo, una herramienta asequible, cómoda y efectiva para hacer funcionar lo que hoy se llama 'venta de servicios', una franja del capital que funciona en alianza con la estrategia biopolítica moderna.

La sofisticación de la cirugía, los medicamentos y la tecnología médica están rompiendo los límites que tendíamos a considerar hasta ahora indestructibles. Hoy es usual hablar de *cyborgs* y de 'remodelamiento' corporal. Los periódicos y revistas están atestados de ofertas para mejorar, transformar o embellecer el cuerpo, y la moda de la televisión real (*realities*) patrocina todo tipo de 'aventura' en la que lo corporal es puesto a prueba. Además, cada parte del cuerpo, órgano o tejido es hoy susceptible de ser alcanzado por el poder biotecnológico. Este proceso, por su forma de concebir el cuerpo en tanto *'cuerpo-máquina'*, cuyas partes pueden ser arregladas o cambiadas, es de forma refinada una extensión del pensamiento mecanicista y del proceso anatomo-clínico iniciado en el Renacimiento que opera sobre la base del mismo modelo 'cuerpo-unidad-compuesta'.

Hay tres escenarios que sobresalen en el actual panorama de intervención biotecnológica del cuerpo que merecen ser resaltados por su trascendencia e impacto en la sociedad. El primero es el espectacular y rápido desarrollo de la genética, gracias al cual estamos 'entendiendo' cómo la vida se originó, ha florecido y se diversifica en nuestro planeta[4]. De la misma manera, hemos aumentado nuestra comprensión del proceso de desarrollo corporal desde el momento mismo de la concepción, pasando por la explicación de los procesos mórbidos a lo largo de la vida, hasta la manera como envejecemos y morimos. Es sorprendente pensar que nuestros cuerpos son *expresión* de nuestros genes, *naturaleza genéticamente determinada.*

El segundo escenario está constituido por el desarrollo de técnicas quirúrgicas que permiten una diversidad de posibilidades, desde los trasplantes, pasando por la cirugía estética

[4] En 2009 celebramos 200 años del nacimiento de Charles Darwin y 150 años de la primera edición de *El Origen de las Especies.*

hasta la psiconeurocirugía. La moderna cirugía es un ícono de nuestra época; junto con logros de gran magnitud como la llegada del hombre a la luna o el descubrimiento del ADN es una expresión del poder de la ciencia y la técnica. Pero a diferencia de esos otros logros, la cirugía parece 'tocarnos' de manera directa y es un escenario asequible al ciudadano de a pie. Las salas de cirugía funcionan de manera 'macdonalizada', es decir, uno puede hacer adiciones al 'combo' que se desea comprar según el gusto del consumidor y según los descuentos del día, por ejemplo, mamoplastia de aumento + 'lifting' + tratamiento de estrías por un precio determinado. Hay otros procedimientos como himenoplastias[5] para ser vírgenes otra vez o la 'desorientalización' de los asiáticos que se sienten incómodos con sus ojos rasgados. La cirugía es un vehículo importante en la meta de alcanzar lo que pueden ser tal vez los dos más importantes ideales del hombre y la mujer contemporáneos: salud y belleza (Leist, 2003). Quizá por eso la medicina se está orientando más hacia el 'diseño' que hacia la terapéutica en sentido clásico. El ámbito quirúrgico está adquiriendo un carácter de *disciplina de biomodelamiento.*

El tercer escenario contemporáneo sobresaliente de la intervención biotecnológica hace referencia a la progresiva *virtualización* y *transparencia* del cuerpo*.* En anatomía tradicionalmente la virtualidad fue entendida como la designación de un espacio presente sólo en condiciones patológicas. El espacio pleural, por ejemplo, es virtual pero se vuelve 'real' en el momento en que es ocupado por algún líquido, tejido o aire que 'normalmente' no deberían estar allí. Una neumonía, por ejemplo, puede causar un derrame pleural en dicho espacio que se verá luego en una radiografía. Los espacios virtuales adquirieron visibilidad con el descubrimiento de los Rayos X por Roentgen en 1895, lo que simbolizó el nacimiento de una nueva representación del cuerpo: la típica imagen de sombras negras y blancas en una radiografía. A principios del siglo XX las radiografías originaron toda una fantasía social, lo que se llamó la *'X-manía'*: "[l]os rayos X funcionaron como iconos, fetiches y artefactos de la salud, la vida, la sexualidad y, más significativamente, de la muerte" (Cartwright, 1995, p.107) y de esta manera constituyeron un momento emblemático en la construcción del cuerpo medicalizado, el cuerpo 'inspeccionado' que nos ofrece la tecnología médica.

En nuestros días, las imágenes que se obtienen del cuerpo ya no son simplemente sombras de órganos internos al paso de los Rayos X. La precisión, nitidez y fidelidad de las imágenes que logramos con técnicas como la Resonancia Nuclear Magnética, o las posibilidades de obtener datos dinámicos con la ecografía –la imagen de un corazón latiendo o un feto moviéndose en el útero- nos presentan un cuerpo que se parece más al protagonista de una película de ciencia ficción que a la materialidad cotidiana de nuestra propia experiencia corporal

[5] Reconstrucción del himen.

a la que estamos acostumbrados. La ecografía ha revolucionado, por ejemplo, el concepto de embarazo y de bebé. Las imágenes ecográficas nos hablan de un ser de quién antes sólo imaginábamos su rostro y que ahora parece hablarnos antes de nacer; los *cyber-fetos* en palabras de Mitchel y Georges (2000). Hoy construimos relaciones con ese ser-imagen de las ecografías, decimos conocer los gestos y hasta la personalidad de nuestros hijos antes del nacimiento.

Gracias a la tecnología de la imagen el cuerpo es más y más *transparente.* En este sentido, el 'paso por la muerte' (la disección), que Foucault (1989) considerara necesario en la construcción del saber clínico en sus inicios pareciera que puede ser obviado. Hoy es posible 'ver' sin 'abrir', lo que supone una necesaria re-localización de los límites del cuerpo. En cierto sentido, asistimos a la desaparición de un cuerpo fijo, organizado y material, para vérnoslas con un cuerpo volátil, construido e inmaterial, entronizado en nuestra cultura visual (Mirzoeff, 1998). Los efectos que este hecho supone para la práctica médica y para la comprensión del cuerpo en el contexto social aún están por verse. Sin embargo, no hay duda que en esta cultura predominantemente visual las imágenes que de nuestro cuerpo se producen con la tecnología médica tienen un mercado asegurado. Hoy por hoy, sea en televisión o a través de la Internet, hay un interés creciente en 'ver' el cuerpo desde múltiples perspectivas. Desde la acostumbrada sección médica de los noticieros, pasando por las revistas de contenido médico dirigidas al público en general, hasta los 'realities', en los que ahora se muestra en vivo y en directo un parto o se diseca un cadáver humano con el supuesto objetivo de enseñar primeros auxilios[6].

Pero hablar del cuerpo, al menos cuando se trata de un análisis crítico, y de cómo se entiende en tanto categoría fundamental en el espacio médico moderno, implica necesariamente hablar del cuerpo femenino, de la sexualidad y, por supuesto, del género.

## 6. Cuerpo, sexo y género

El sexo y el género son dos temas poderosamente relacionados con el cuerpo a través del discurso médico-anatómico. Puesto que hablar de sexo y género en nuestra sociedad implica una referencia directa al cuerpo, fácilmente las personas asumen dichos conceptos como definidos *físicamente.* Esta asunción ha sido discutida desde múltiples niveles, por

[6] Por ejemplo, en 2007, en el canal BBC 4 del Reino Unido apareció el 'reality' *Autopsy: Emergency Room,* en el que el Dr. Gunther von Hagens, famoso por sus esculturas hechas con cuerpos humanos mediante el proceso de *plastinificación*, realizaba disecciones en 'vivo y en directo' para mostrar algún aspecto relacionado con los primeros auxilios.

ejemplo, desde el feminismo y los movimientos por la libertad de género. Algunos científicos sociales subrayan que género y sexo son *construcciones sociales* y no meramente el reflejo de determinadas características físicas o corporales (Keller & Longino, 1996). Esta *construcción* puede ser historiada y en el caso de la medicina la búsqueda de las bases físicas del sexo y del género, y sus repercusiones socio-políticas, tiene en los albores de la Modernidad –entre los siglos XVI al XIX- una importante fuente de elementos fundantes.

Los términos *sexo* y *género* pueden ser entendidos en general en dos direcciones (Nicholson, 1994, p.2). Por una parte, en el uso de estos conceptos se puede estar representando la oposición entre naturaleza y cultura. Así, el sexo sería una característica fija e inexorable que la naturaleza ha escrito en cada individuo para que éste quede ubicado en el mundo, como un hecho biológico, masculino o femenino[7]. Entonces, en el juego de las oposiciones, el género se referiría a aquellas características individuales que se consideran relacionadas con el comportamiento y la psicología de dicho individuo. Al hablar de género en este sentido, de manera implícita se está asumiendo la existencia de un individuo *sin-cuerpo (disembodied),* pues se hace sólo referencia a categorías mentales.

Por otra parte, se puede usar el término *género* para referirse a "cualquier construcción social que tenga que ver con la distinción masculino/femenino, incluyendo aquellas construcciones [simbólicas] que separan los cuerpos femeninos de los cuerpos masculinos" (Nicholson, 1994, p.2). En este sentido, la inconmensurable distancia que separa sexo de género sería sólo una ilusión en cuanto que la sociedad moldea tanto el uno como el otro. Aceptar esta postura implica que nuestros cuerpos no son meramente *hechos*, sino fundamentalmente (evocando a Nietzsche) *interpretaciones.*

La construcción del género y el sexo como categorías básicas de la sociedad ha sido un proceso complejo y cambiante a través de la historia. En cada sociedad y cada tiempo ha habido estructuras sociales, instituciones y discursos que han servido para fundamentar y explicar dichas categorías. Un discurso que ha sido predominante, por lo menos en la sociedad occidental, es el del *patriarcado*, esto es, el dominio masculino –teórico y práctico, consciente e inconsciente- en casi todos los aspectos de la vida social (McKeon, 1995, p.295), en el que las mujeres han sido puestas en una posición de sujeción por parte de los hombres.

En la Grecia del periodo clásico, por ejemplo, las mujeres fueron excluidas de la vida pública y política. Los atenienses tomaron de los jonios la práctica de la *seclusión* que consistía en confinar a la mujer a la vida del hogar, brindándole como única opción de vida la que podían

[7] En nuestra sociedad solo se aceptan las categorías 'masculino' y 'femenino'. Cualquier otra categoría es vista como una 'desviación'.

tener a través de sus maridos y sus hijos. En general, las mujeres en Grecia fueron desdeñadas, sin acceso a la educación, *secluidas,* y no gozaron de gran libertad ni igualdad (Katz, 1992, p.74). La contrapartida de estas mujeres confinadas al hogar fueron las *hetairas,* mujeres libres y educadas cuya misión era satisfacer los deseos masculinos y que llegaron a representar en Grecia tanto el amor romántico como la prostitución. Para los griegos el establecimiento de ciertas prácticas sociales y la asignación de determinados roles fue un tema de mayor preocupación que el de las características o definición del objeto sexual.

Un escenario utilizado por siglos para establecer, explicar y mantener determinado rol o posición social, tanto de hombres como de mujeres, ha sido el de la apelación a un orden superior o a un discurso-fuente de autoridad. De nuevo, en Grecia, parecía que los dioses habían decidido hacer de las mujeres una 'raza' distinta y para el Cristianismo, especialmente durante la Edad Media, el discurso justificante del dominio masculino estuvo constituido por la lectura de Aristóteles y la Biblia. Sin embargo, cuando a partir del Renacimiento tales fuentes de comprensión y autoridad comenzaron a desvanecerse, la naturaleza y el cuerpo –anatomía- se convirtieron en la fuente primaria para determinar y considerar las diferencias entre hombres y mujeres. Aún así, desde el Renacimiento hemos vivido en un escenario de racismo y de sexismo cultural que a través del discurso, así como de la conformación y disposición de las estructuras sociales, ha conducido a que las mujeres reciban un determinado lugar en la sociedad y se las caracterice de una forma particular. En tanto que el discurso médico y el conocimiento biológico han sido utilizados con ese mismo objetivo, podríamos también hablar de *sexismo científico,* como se refleja en las representaciones anatómicas desde el Renacimiento[8]. Y con la aparición en el siglo XIX del término *patología sexual,* se tuvo el escenario privilegiado en el que se correlacionarían tanto sexismo científico como cultural, adjudicándole a los problemas médicos de las mujeres una naturaleza parecida a la de aquellos hombres considerados *anormales,* tal como comenzaron a ser vistos, por ejemplo, los *homosexuales* (Katz, 1992).

En el contexto latinoamericano la mujer ha vivido con intensidad los efectos de la cultura patriarcal. En otras latitudes Latinoamérica representa la 'cultura macho' por excelencia. En Colombia, por ejemplo, a raíz de la despenalización del aborto en 2006 en tres casos particulares mediante una sentencia de la Corte Constitucional[9], la situación de explotación y

[8] Las representaciones anatómicas en los textos médicos no sólo señalan diferencias entre el cuerpo femenino y el masculino, sino que expresan valoraciones culturales relativas al género a pesar de su aparente 'objetividad'. Ver: Schiebinger, L. (1990). The Anatomy of Difference: Race and Sex in Eighteenth-Century Science. *Eighteenth-Century Studies,* 23 (4), 387 – 405.

[9] Ver: sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia.

discriminación de la mujer, en este caso en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos, es un tema que parece estar recibiendo más atención. Para la profesora O. Maldonado "[e]l problema está relacionado con las diferentes formas de dominación y opresión de la mujer, que responden a condiciones estructurales y de conformación de la identidad personal y cultural en la sociedad contemporánea; del desarrollo de estructuras de poder y de creación de sentido" (2009, p. 9). Es claro que la sociedad patriarcal es un problema por cuanto está directamente relacionada con maltrato, dominación y limitación de las posibilidades de desarrollo de la mujer. Y el escenario de los servicios de salud está cargado de valoraciones y distinciones relativas al género y el sexo.

La distinción/conformación del sexo y el género en nuestra sociedad tienen en el discurso médico-anatómico una base de legitimización, en especial porque este discurso participa de la solidez y prestigio de la ciencia. Lo que dice el discurso médico-anatómico es verdad porque es *científico.* Para algunos historiadores de la medicina la invención del concepto *sexo* tal como lo conocemos hoy, fundado en un 'hecho anatómico' y que constituye la base sobre la cual construimos el concepto de *género*, es un producto del siglo XVIII (Laqueur, 1990). En el mismo sentido se ha argumentado que a pesar de que el siglo XVII es conocido como el siglo de la *revolución científica*, cuando las antiguas concepciones del universo dieron paso a las modernas, paradójicamente en el área crítica relativa al género no hubo tal revolución o cambio (Schiebinger, 1988, p.678).

Aun así, tanto la anatomía nacida en el siglo XVI con Vesalio, como la nueva mirada médica –la mirada clínica- inaugurada por la transformación entre el ver y el hablar, constituyen un punto de quiebre entre las antiguas y las nuevas concepciones sobre el sexo, el género y las mujeres. Pero al mismo tiempo, el aparentemente 'objetivo' conocimiento anatómico mostró ser en realidad un terreno donde viejos y nuevos valores, ideas y estructuras sociales entraban en conflicto. En este punto vale la pena resaltar el complejo escenario que corresponde a la función e importancia que la investigación anatómica tuvo en la aparición de nuevas ideas alrededor del cuerpo y la sociedad, por ejemplo, con respecto a la maternidad o la salud de los hombres como un bien preciado para la defensa de la nación o la producción económica.

Hoy, cuando el avance biotecnológico nos permite hablar de reasignación de sexo, de modificación de los caracteres sexuales secundarios, de procreación asistida para parejas homosexuales, la medicina vuelve a poner sobre la mesa elementos que, más allá de ser simples hechos científicos, son verdaderos retos para nuestro marco normativo y para nuestra propia autocomprensión. Y en este proceso creciente de influencia médica durante los últimos tres siglos también hemos asistido al surgimiento de una manera médica de comprender el fenómeno humano gracias al proceso de la medicalización.

## 7. La (bio)medicalización de la vida

En la década del '70 el debate alrededor del poder médico ocupó un lugar prominente. Ya en los '60 Foucault había publicado textos en los que se realizaba una crítica al poder médico, poder expresado en la producción de categorías descriptivas y explicativas sobre el cuerpo y la enfermedad[10]. En 1975 publica el volumen 1 de la *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber,* e I. Illich hace lo propio con *Némesis médica: la expropiación de la salud.* Estos textos pueden ser considerados clásicos en la realización de una crítica al poder del discurso médico y su institucionalización en el ejercicio del control sobre la vida y el cuerpo.

*Medicalizar* es describir de una forma particular al mundo y las experiencias humanas. A través de la medicalización las personas interpretan lo que les sucede en términos de "enfermedades, padecimientos, deformidades, anormalidades médicas y no inocentes molestias, aflicciones normales o posesiones demoníacas" (Engelhardt, 1996, p.196). Es decir, en el conjunto de las explicaciones posibles, se privilegia la que brinda la medicina para definir y manejar problemas humanos. En este sentido, el cuerpo y la enfermedad son dos condiciones de la existencia cuya experiencia y comprensión están hoy profundamente determinadas por el discurso médico. Nuestra manera de entender lo que es el cuerpo, cómo funciona y los cuidados que ha de recibir son determinados por el discurso médico. Pero no sólo el cuerpo físico es 'administrado' de esta manera, también el comportamiento, gustos, apetencias, motivaciones, sentimientos y, en general, todo lo que podríamos catalogar como propio de nuestra 'experiencia psíquica' también es analizado y comprendido en virtud de explicaciones médicas. Podría decirse que el discurso médico opera como discurso moral, pues no sólo informa 'científicamente' acerca de nuestras dolencias, sino que con su poder prescriptivo determina *cómo se ha de vivir*, la pregunta ética fundamental desde los tiempos de Sócrates (Platón, 1971).

La medicalización opera tanto en el mundo del lenguaje como de las prácticas y por esto su funcionamiento se hace efectivo a través de estrategias discursivas, de las que aquí se enuncian cuatro siguiendo a T. Engelhardt (1996, p.203). La primera, consiste en la descripción de problemas a través de categorías médicas. En el caso de la medicina esta estrategia opera mediante el recurso al mundo pretendidamente objetivo de lo anatomo-clínico, a la explicación médica que parece tener la verdad última en lo que respecta al cuerpo. Aunque el cuerpo es una categoría polisémica, privilegiamos las imágenes ofrecidas por la anatomía médica porque

[10] Por ejemplo, Enfermedad mental y psicología (1962), Historia de la locura en la época clásica (1965) y El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica (1963).

creemos en su *objetividad*. Pero, en realidad, las imágenes anatómicas no son simples 'reflejos' del cuerpo –ni siquiera lo son las fotografías-; son más bien *representaciones* que resultan de la combinación entre la manera como miramos y concebimos el mundo –algo que está mediado cultural e históricamente-, la estimulación de nuestros sentidos y la influencia del espacio institucional/social donde se lleva a cabo nuestro acto de 'mirar' y 'representar'. En últimas, *construimos* una manera de ver el cuerpo. Los libros de anatomía pueden ser entendidos como *artefactos* producidos en el contexto de un determinado periodo histórico (Laqueur, 1990, p.164) y como tales, sus descripciones e imágenes están cargadas de valores, ideas políticas y determinaciones culturales.

La segunda estrategia de medicalización tiene que ver con el poder explicativo de la medicina. En este sentido, la designación de un problema humano como 'enfermedad' opera como recurso *dador* de sentido para el conjunto de vivencias relativas al cuerpo y que las personas, generalmente y en primera instancia, expresan a través de sus propias palabras. Este conjunto de vivencias es 'traducido' en términos de *síntomas y signos*, lo que implica una elaboración mediada por un lenguaje médico que surge en el escenario social mismo y se refina en la visita al consultorio u hospital donde el doctor organizará en un 'cuadro clínico' el momento existencial actual de quien ahora es *paciente.* El cuerpo es 'leído' en clave médica, un acto en el cual el padecimiento o enfermedad aparece como la causa de la positividad de aquél pues, de ser una existencia anónima, un estar-ahí-sin-ser-advertido, el cuerpo se vuelve de pronto objeto de toda nuestra atención; ya Gadamer llamaba la atención sobre ésta particularidad de la enfermedad (Gadamer, 1996). Pareciera como si la enfermedad, que se torna un concepto entendible en nuestro cuerpo por la fuerza del acto médico sobre él, fuera también un acto de constatación/explicación de nuestra existencia. Por esto Foucault afirmará que "lo que hace que el enfermo tenga un cuerpo espeso, consistente, espacioso, un cuerpo ancho y pesado, no es que haya un enfermo, es que hay un médico. Lo patológico, no forma un cuerpo con el cuerpo mismo sino por la fuerza, espacializante, de esta mirada profunda"(Foucault, 1989, p. 195).

La tercera expresión de medicalización tiene que ver con el discurso *evaluativo* que encarna la medicina. Ciertamente la medicina al hacer juicios científicos 'determina' el origen y curso de los padecimientos físicos mediante la utilización de explicaciones racionales y datos experimentales. El éxito de la medicina contemporánea es subsidiario del éxito de la ciencia moderna. Pero ya que la medicina tiene que ver con la vida de seres humanos –una vida que no es comprensible sin la referencia a un cuerpo-, las explicaciones médicas fácilmente se tornan en una 'evaluación' de la vida misma. Hacer evaluaciones es considerar un resultado o hecho como adecuado o inadecuado, ajustado o no a determinado patrón. Así, cuando

hablamos de variables fisiológicas, vemos que se trata de evaluaciones de un estado de cosas sobre las cuales se moldean las categorías de normal/anormal, en tanto valores estadísticos, y que se convierten en el dato médico-ontológico de lo sano/patológico (Canguilhem, 1983).

Pero las evaluaciones médicas operan también en el ámbito de lo moral. De los datos morfo-fisiológicos y clínicos se pasa a los enunciados evaluativos morales. Comportamiento tales como beber determinada cantidad de alcohol o con cierta frecuencia, fumar tabaco u otras sustancias, no son sólo riesgos para el equilibrio morfo-fisiológico, sino también comportamientos moralmente reprochables en su traducción médica de alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc. La relación entre moral y medicina es de doble vía: determinados usos del cuerpo son reforzados o censurados en virtud de postulados morales –el terreno de lo sexual está lleno de ejemplos de este tipo. Pero, a la vez, encontramos bastantes ejemplos en los que el discurso médico opera como reforzador o avalador de prescripciones morales –por ejemplo, cuando los Testigos de Jehová apelan a argumentos científicos para apoyar su posición de tipo religioso según la cual las transfusiones sanguíneas no deberían realizarse y que ha conducido a desarrollos en la medicina transfusional (Watch Tower Bible, 2002).

Finalmente, el lenguaje de la medicalización opera a través de la creación de realidades sociales. “Síntomas, signos, dolores, deformidades, padecimientos, enfermedades, incluso el cuerpo y el bienestar, aparecen dentro de un nicho de expectativas descriptivas, evaluativas, explicativas y de expectativas sociales” (Engelhardt, 1996, p. 218). Así, los individuos enfermos o que requieren algún tipo de servicio médico se ubican en un entramado de significados que dependen de contextos sociales e históricos determinados. Considerar que un problema o condición es de ‘tratamiento médico’ es algo que está determinado no sólo por el grado de desarrollo tecnocientífico, sino por el hecho de que la sociedad tiene en la medicina un espacio para ubicar y manejar sus angustias y expectativas. La condición de ‘ser enfermo’ no es sólo un juicio médico-científico, sino que expresa la adjudicación de un rol social, alrededor del cual se entretejen discursos e instituciones. Un individuo enfermo implica, por ejemplo, incapacidad laboral, la utilización de una estructura de servicios de salud, diferente trato por parte de sus semejantes, relevo de obligaciones políticas y, temporal o definitivamente, un ‘cambio de vida’.
En la combinación del poder de intervención médica con deseos y valores sociales en funcionamiento, se crea un escenario en el cual la medicina sirve de vehículo para satisfacer el cumplimiento de éstos. La medicalización opera, entonces, mediante la transformación o re-significación de determinadas condiciones de la existencia que son convertidas en problemas a

ser resueltos médicamente. El manejo médico de la belleza -cirugía estética-, de la felicidad[11] -caso fluoxetina, mundialmente conocida como Prozac®- o la obtención de nuevas capacidades -como en medicina deportiva- son ejemplos de los nuevos engranajes de la biomedicalización (Conrad, 2005).

La década de los '70 fue particularmente crítica del poder médico expresado en una práctica profesional que monopoliza el ámbito de la salud/enfermedad. Este poder médico era señalado, para hacer uso de un término típico del clima político de la época, de 'imperialista'. El enfermar, cómo, cuándo y de qué, así como las posibilidades de atención y tratamiento médicos adecuados eran circunstancias, se decía, que dependían de la 'clase', para usar otro término de moda en aquellos años y no de un desafortunado desarreglo biológico solamente (Basaglia, 1980). La lapidaria expresión de I. Illich de que "el establecimiento médico ha llegado a convertirse en una gran amenaza para la salud" (Illich, 2002) es emblemática. La medicina que funciona en el contexto del capitalismo tendría esa paradójica propiedad de *extender* el campo de las enfermedades y los escenarios en los que ella ha de intervenir, en vez de cumplir con lo que la sociedad le ha encomendado: luchar contra la enfermedad. A despecho de este sueño colectivo lo que ha surgido es un gran reglón de negocios. Durante los años '70 y '80 asistimos al surgimiento del *complejo médico-industrial* en Estados Unidos (modelo que ha venido siendo trasplantado en Latino América). En este contexto, "desde la perspectiva corporativa el incremento en los gastos de salud, lejos de ser un problema a ser resuelto, es el escenario necesario adecuado para obtener más ganancias" (Relman, 1994). Para I. Illich la medicina, junto con otras modernas profesiones e instituciones sociales, como las escuelas o el sistema penal, era una actividad *contraproductiva*: "una gran parte de la práctica médica contemporánea es incidental en curar la enfermedad, pero el daño que ella causa en la salud de los individuos y las poblaciones sí que es significativo" (Illich, 1975, p. 15). En los últimos años los cambios ocurridos en la práctica médica por cuenta del avance biotecnológico y los nuevos esquemas de atención en salud han traído consigo también nuevos esquemas de medicalización. La expansión de una cultura del 'consumismo' es también un factor que ha contribuido a re-dinamizar la medicalización de la sociedad, diseminando la idea de que los servicios médicos son parte de 'la canasta familiar', con lo cual ir al médico está al nivel de una visita al supermercado.

[11] La interesante discusión alrededor del manejo médico de la felicidad pude verse, de manera sintetizada, en: Elliot, C. (2007). Against Happiness. *Medicine, Health Care & Philosophy, 10*, 167 – 171.

## 8. La bio-tecno-política

De acuerdo con una conocida tesis de Foucault el proyecto moderno incluye la constitución de un nuevo tipo de poder: el *biopoder o biopolítica,* cuyo fin es la 'administración' de la vida, de la población y del cuerpo. Su origen y naturaleza están íntimamente relacionados con el surgimiento de las ciencias de la vida, las ciencias humanas y la medicina clínica (Rose, 2001, p.1). Este biopoder también participa en la producción de cuerpos sanos y disciplinados que puedan engranase en las diferentes estancias de producción en la *sociedad de mercados*[12] (Heller, 1995). Para hacer efectiva esta biopolítica la medicina es un escenario que participa con diversos mecanismos, discursos y prácticas.

En la actualidad el *discurso de los riesgos* encarna uno de los aspectos centrales de la biopolítica. En términos de evitar o disminuir 'el riesgo' –de una conducta, de poseer determinado gen o de vivir de determinada manera- las personas toman decisiones sobre sus vidas a la vez que reciben determinado estatus o tratamiento por parte del poder político encarnado en el estado y las instituciones. La calificación del riesgo que realizan las empresas de salud sobre todo aquél que desee acceder a un seguro, servicio de medicina prepagada o a la simple afiliación al sistema de salud son ejemplos de esto. El tipo de alimentación, el nacimiento de los hijos, las actividades cotidianas, incluso el tipo de amigos que se tenga terminan por convertirse en elementos generadores de riesgo. Pero, ¿riesgo de qué? Riesgo de enfermar, de envejecer y de no corresponder a las expectativas sociales de belleza o caracterización corporal. Riesgo de no ser saludable, de contagiarse, de ser portador de genes defectuosos. Pero sopesar el riesgo y tomar decisiones con base en probabilidades como sucede, por ejemplo, en genética clínica es un asunto complejo. Las incertidumbres relacionadas con el rol de los genes en la producción de enfermedades no desaparecen con la simple aplicación de pruebas de diagnóstico prenatal aunque son otro gran reglón de negocios. Tal proceder puede ser incluso contraproducente desde el punto de vista de los connotaciones sociales y culturales de una prueba genética pues, a veces, conocer el riesgo de padecer una enfermedad no lleva a tomar más precauciones, sino a todo lo contrario (Rueda, 2009, p.479). Parece ser que los procesos de entrega de información, para cumplir con el 'mandato' del consentimiento informado con base en estándares diseñados desde el escenario científico-profesional, terminan por crear más problemas al desestimar el contexto social donde tales procesos se llevan a cabo. En este sentido, medicalización y biopolítica comparten escenario.

[12] Eufemismo para designar al capitalismo.

La verdad es que hoy no importa si los discursos sobre la salud individual o pública se construyen sobre categorías aparentemente bien argumentadas, por ejemplo, cuando se afirma que 'la salud es un deber del estado' o 'la salud es un derecho', si al final "el estatus filosófico –la propia ontología- de los seres humanos está siendo remodelado a través de las decisiones de los empresarios sobre dónde invertir su capital y qué líneas de investigación y desarrollo biomédicos apoyar" (Rose, 2001, p.20). Vivimos en un mundo en el que un importante reglón de negocios se corresponde con el fenómeno contemporáneo de la autocomprensión basada en lo *somático.* En tanto lo corporal ha devenido sinónimo del yo y de la persona, la pregunta ética fundamental desde los tiempos de Sócrates, a la que ya nos referíamos antes de *cómo es que se ha de vivir,* ha terminado por transformarse en *cómo he de cuidar y mejorar mi cuerpo*.

El resultado de este 'encumbramiento' de lo corporal produce un nuevo imaginario social que lleva a un neo-narcisismo en el que el cuerpo pierde "su estatuto de alteridad, de *res extensa,* de materialidad muda, en beneficio de su identificación con el ser-sujeto, con la *persona*" (Lipovetsky, 2002, p.61). Así se entiende también cómo en la administración de las prácticas médicas alrededor del cuerpo no se encuentren solamente médicos y pacientes, sino que converjan allí actores cuyo tarea es garantizar un uso 'legítimo' de dichas tecnologías o procedimientos, 'outsiders' en el escenario clínico (Rothman, 1991). En este escenario convergen filósofos, bioeticistas, abogados, teólogos, administradores y otros más que, en el contexto de estructuras tales como las empresas de salud, los comités de bioética o los escenarios judiciales –tribunales y cortes- tienen la tarea de decidir lo 'correcto' y 'lo permitido' con respecto a los cambios y transformaciones corporales que hoy son posibles gracias a la tecnología médica. Se trata del surgimiento de los '*expertos profanos*' que supuestamente saben qué es lo mejor para comunidad (Dennis, 2000, p. 82).

Mecanismos tales como el consentimiento informado y los propios comités de bioética han sido anunciados como herramientas diseñadas para limitar las posibilidades de explotación, abuso o mal-uso de la biotecnología. El consentimiento es un elemento fundamental en la moral contemporánea, reflejo del ambiente liberal en el que vivimos y que le da centralidad a la autonomía en todas las decisiones relativas al cuerpo[13]. Sin embargo, este mismo predominio de la autonomía va de la mano del narcisimo en boga en nuestra sociedad, que cumple una función de normalización. Todo el interés que se genera alrededor del cuerpo "no es en absoluto espontáneo y 'libre', [sino que] obedece a imperativos sociales tales como la 'línea', la 'forma', el orgasmo, etc.", (Lipovetsky, 2002, p.63). Es muy difícil determinar cuándo el discurso

[13] Aún así, que una decisión sea *libremente* tomada no sería suficiente, aunque necesario, para que una decisión sea éticamente aceptable. Ver: MacCormick, R. (2003) Bioética: ¿un vacío moral?'. En *Selecciones de Bioética* (3). Bogotá: Universidad Javeriana.

médico se dirige a la solución de un problema físico considerado como 'enfermedad' y cuándo a resolver una necesidad de corresponder a expectativas sociales. Generalmente estos dos escenarios están traslapados.

La práctica médica que opera bajo el eslogan de 'ofrecer productos' y que le permite a las personas llenar expectativas sociales opera hoy en un horizonte de 'marketing', lo que para algunos constituye una *medicina neo-liberal* (Frank, 2004, p.19). Este tipo de medicina responde a necesidades relacionadas con el cuerpo como *proyecto* a ser realizado. En la sociedad de hoy los cuerpos son materia prima a ser moldeada, mejorada, embellecida, transformada; una tarea que se ha convertido en el *leitmotiv* de la vida de muchas personas y que contribuye a que los gimnasios ocupen el lugar que antes ocuparan las iglesias. El tipo de modificación o cambio que una persona crea que su cuerpo requiere dependerá, como se ha dicho, de las expectativas sociales. Estos cambios pueden ir desde una pequeña intervención quirúrgica para retirar un lunar, hasta complejas operaciones cuyo fin es lograr que los pies calcen en un determinado diseño de calzado, como relatan algunos cirujanos podiatras de Nueva York (Frank, 2004, p. 21). Este uso de la tecnología médica se ha denominado *tecnolujo,* pues su fin es someterse a una costosa cirugía con el único fin de ajustar el cuerpo a los imperativos de la moda. Algunos, sin embargo, consideran aceptable que las intervenciones quirúrgicas puedan, legítimamente, dedicarse a responder a necesidades no-médicas (Brassington, I., 2006). Desde otro ángulo de la práctica médica, algunos han argumentado que la psiquiatría podría tener hoy un importante papel en la construcción de la 'perfección subjetiva', desmarcando su aplicación de las categorías del DSM[14] IV-R y buscando transcender el concepto de 'cura objetiva' (Giannini, 2004).

Pero la biotecnología no sólo le permite a un individuo transformar su cuerpo, sino utilizar, donar o vender sus partes, afectando con este tipo de decisiones la vida de otras personas y entrando en conflicto con visiones culturales tradicionales y concepciones religiosas (Coakley, 1997). Un ejemplo típico es el de los trasplantes. En estos casos se considera que una persona puede hacer uso de su cuerpo cuando decide donar un órgano en virtud de un fin que está éticamente justificado (busca hacer un bien a otro) y porque los beneficios generados superan los posibles daños que se derivan de este hecho (balance riesgo/beneficio positivo). Sin embargo, para un Testigo de Jehová tal razonamiento no opera de la misma manera, pues aceptar sangre sería un acto perjudicial sin importar que se quiera salvar la vida de la persona. Del mismo modo, las sugerencias de que podría recibirse un estipendio económico si se dona

[14] 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders', DSM por sus siglas en inglés, es el manual de diagnóstico de la Sociedad Americana de Psiquiatría que representa una especie de 'biblia' para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos.

un órgano siguen siendo consideradas desacertadas, aunque para un liberal bien podría ser aceptable. Otro escenario interesante que muestra la trascendencia de las decisiones tomadas con respecto al propio cuerpo, pero que podrían afectar directamente la vida de otros seres humanos, es el de la manipulación de gametos, en especial cuando la existencia de un nuevo ser no es el fin primordial que se persigue, sino cuando es meramente un medio, como sucede en los casos de los *bebés medicamento*[15].

## 9. Los retos de la bioética ante la medicalización y la biopolítica

Aunque hoy la bioética es una disciplina que se ocupa de un amplio rango de problemas relacionados con las ciencias de la vida, sus lazos con el mundo clínico son profundos y su naturaleza está moldeada por el hecho de que fue allí donde ocurrió su primer gran desarrollo (Jonsen, 1998; Rothman, 1991). Sin lugar a dudas la bioética, en su papel dinamizador de las discusiones éticas en la práctica médica actual, está en relación directa con los procesos de medicalización y biopolítica. Ésta relación ha de ser esclarecida lo mejor posible a fin de comprender mejor el papel que puede (y debe) cumplir la bioética y los retos que esto implica. En particular interesa aquí llamar la atención sobre si la bioética es un elemento más de los procesos de biomedicalización y biotecnopolítica que se han descrito, y en tal caso, qué se

[15] En 2006 se anunció la realización por primera vez en Colombia de un procedimiento de ingeniería genética con dos connotaciones particulares: la primera, la 'creación' de un bebé que proveería medula ósea a su hermano aquejado de *anemia de Fanconi* y, la segunda, la realización de dicho procedimiento por 'orden judicial'. Un titular en el periódico más importante del país rezaba que "una mujer se someterá a fertilización in vitro para salvar la vida de su hijo mayor" (El Tiempo, 24 de marzo, 2006). Sin duda, éste es uno de esos casos, cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, en los que se plantean retos éticos y jurídicos, primero, por cuenta del mayor poder de intervención de la medicina y, segundo, porque los ciudadanos desean hacer uso de las ventajas tecno-científicas para satisfacer necesidades médicas o deseos privados. Que en Colombia se hubiera decidido crear un *bebé medicamento* es un acontecimiento que tenía que haber generado un verdadero debate. Se hubiera esperado que organismos tales como la *Comisión Intersectorial de Bioética* y asociaciones científicas involucradas se hubieran pronunciado al respecto. Pero todo quedó reducido a un simple titular de prensa y a los avisos publicitarios de los centros que ofrecen dichos tratamientos. Dado que se trataba de un paso con enormes implicaciones científicas, éticas, políticas, jurídicas, médicas y económicas, no parece conveniente que este tipo de innovaciones biotecnológicas, sin demeritar sus enormes ventajas y aplicaciones para la cura de las enfermedades, estén siendo resueltas en un tribunal o por los gurús de turno que ofrecen las maravillas de la ciencia. Tampoco resulta conveniente seguir buscando las salidas a los problemas complejos concernientes a la salud y el bienestar humanos solamente mediante la aplicación o interpretación de normas jurídicas, es decir, mediante la *juridificación* de la vida.

ha de hacer al respecto; o, por el contrario, si se opone a ellos y se presenta como alternativa teórica y práctica para comprender el mundo en que vivimos, de qué manera lo hace.

Dos grandes peligros tiene la bioética en relación a su papel en la práctica médica actual. Por un lado, la tendencia a comprimir la discusión de los aspectos éticos de la medicina en el espacio cerrado de los dilemas éticos según una taxonomía extendida en todos los textos de bioética. En este esquema la tarea –caracterizada en gran medida por su aspecto especulativo- es intentar aplicar teorías éticas, previamente establecidas como 'adecuadas', para el análisis de la bondad o rectitud de determinada intervención biotecnológica en el cuerpo. Del mismo modo sucede en el campo jurídico cuando se trata de temas bioéticos: se busca en el contenido de las doctrinas jurídicas existentes la manera de hacer viable 'legalmente' nuevos procedimientos biotecnológicos o se opta por la reforma o la creación de nuevas leyes. Simple. Pero en la aplicación de teorías éticas y en la creación de nuevas leyes con relevancia bioética los mecanismos de la medicalización y el biopoder actúan sin que los mismos bioeticistas/legisladores siquiera sean conscientes de ello.

Dado que el modelo predominante de bioética en nuestro medio encierra la idea de que es ella, la bioética, la encargada de proveer el escenario, el método de discusión – que incluye apelaciones a la interdisciplinariedad y el diálogo (Instituto de Bioética, n.d.)- y los argumentos a tener en cuenta – respeto a la autonomía y la dignidad humana, por ejemplo -, para tomar decisiones en el campo biomédico, los mecanismos de poder pueden llegar a ser más efectivos que la propia fuerza de los argumentos. Más aún, según una idea muy extendida, al menos en Colombia, si la bioética es una ética 'aplicable a todo', una nueva disciplina que supera a la ética tradicional o, como dicen algunos, 'la nueva ética del siglo XXI', ¿es esta ansia de totalidad y superioridad una respuesta a los 'nuevos tiempos' y las 'nuevas necesidades' solamente?

Hay que tener presente que la bioética se publicita como disciplina que busca la defensa de la vida en el planeta, el respeto por los derechos de los pacientes, de los sujetos vulnerables que participan en investigaciones médicas, el reconocimiento de la autonomía de las personas para decidir sobre su propio cuerpo y el rechazo al paternalismo médico, y la implementación de una nueva relación de los seres humanos con la naturaleza. Todos estos son propósitos loables y que transmiten la idea de 'alguien' está trabajando por 'nuestro bienestar'. Tal vez sí. Pero es aquí donde hay que tener presente que la biopolítica procede como una forma de poder, en lo colectivo y en lo individual, que se ocupa del bienestar del «rebaño». El biopoder ha sido definido, siguiendo la caracterización que hiciera M. Foucault, como una forma de 'pastoral'. Los pastores del *soma* –de lo corporal- se presentan como promotores y garantes de principios relevantes en una sociedad integrada por individuos que se creen soberanos de sí

mismos[16], por ejemplo, a través de la enunciación de principios como el respeto a la autonomía o a la dignidad humana y de enaltecer reglas como el consentimiento informado (que enfatiza de nuevo que es el individuo y nadie más quien decide). Pero lo que permanece invisible[17] es el *cómo* de estos principios y reglas. La verdad es que los principios, reglas, postulados, declaraciones y categorías que hacen parte del discurso bioético son puestos en funcionamiento y tienen una determinada efectividad en el contexto de complejas jerarquías al interior de las instituciones, de prácticas culturales, sociales, y profesionales, de determinaciones dadas por las estructuras económicas, administrativas y judiciales. El consentimiento informado, por ejemplo, "opera en una red de micro-tecnologías de manejo de la comunicación y la información, donde las fronteras entre el 'consentimiento' y la 'coerción' a veces no son claras" (Rose, 2001, p.9).

Un comité de bioética que está discutiendo, por ejemplo, un caso de reasignación de sexo (por lo menos, en la forma en que generalmente operan los comités más experimentados en nuestro medio) procede según un modelo bastante aceptado de cuatro pasos: exposición de criterios 'científicos' –médicos-; exposición de criterios éticos/jurídicos; deliberación y consenso; y, finalmente, elección de un escenario para la acción (Ministerio de Salud, 1998). En primer lugar, el punto de partida de comprensión del caso consiste en la mirada médica –oficial- del problema que se discute. En otras palabras, cualquier otro esquema de significados está descartado, incluso los del propio paciente. En segundo lugar, en la exposición de los criterios éticos y jurídicos la dinámica es, paradójicamente, casi estéril y a la vez tremendamente útil. Mediante la reducción del 'caso' a una serie de 'dilemas' el complejo escenario de estructuración mismo del problema se desvanece. El dilema es resuelto mediante el 'hallazgo' de unas categorías éticas y legales que hacen 'legítimo' el procedimiento médico/quirúrgico solicitado, o su negación, en el espacio institucionalizado y controlado del hospital. Pero si se realiza una mirada atenta en este punto, lo que se descubre es que en realidad se trata de un ejercicio de 'acomodamiento' a la actividad médica, a la que el/la paciente accede en virtud de una conformación con valores socioculturales dominantes que nunca fueron analizados en el comité, pero que sí operaron en su funcionamiento. Este es precisamente el éxito del comité, ser un

[16] La figura del rey representaba el poder del soberano que regulaba la vida social. En la sociedad contemporánea este poder ha sido difuminado a través de las diversas instancias que constituyen el estado moderno. Hoy, una sofisticada característica del biopoder es que opera, paradójicamente, en virtud de la libertad otorgada a los individuos. Así, asumiéndose como soberanos de sí mismos, los individuos ciegamente no hacen otra cosa que facilitar el funcionamiento del biopoder que ordena, administra y controla la vida.

[17] Este es otro interesante efecto del biopoder: mientras ciertos aspectos, problemas, sujetos o categorías adquieren visibilidad y marcada relevancia, otros, por el contrario, permanecen 'invisibilizados'.

escenario que aísla el 'caso' para hacerlo 'manejable' por los brazos de la medicalización y la biopolítica, a la vez que invisibiliza o neutraliza cualquier crítica que ponga en entredicho el sistema mismo de atención en salud, el discurso médico, las leyes, la estructura social, la bioética misma... O a los propios bioeticistas.

Volviendo al ejemplo de la reasignación de sexo, un comité de bioética hospitalaria da por sentadas muchas cosas. No pone en entredicho, por ejemplo, que la sexualidad generalmente es asumida en nuestro medio como un tema de "blanco o negro"[18] con las consiguientes consecuencias de discriminación; no discute tampoco el entramado de poder que funciona en relación con el género; y mucho menos pone en entredicho lo que ha sido establecido, *a priori*, por el poder de lo "legal" –no hay que olvidar que un comité de bioética, por definición, debe funcionar dentro del espacio que las normas legales le otorgan (Díaz, 2003)-. Las dinámicas de poder sobre el cuerpo en realidad nunca son puestas bajo la lente de la crítica sino que, por el contrario, se perpetúan en las decisiones que estos comités toman. Pero estos comités han logrado, por otro lado, posicionarse en el escenario médico porque representan un espacio de amortiguamiento de fuerzas en la toma de decisiones clínicas que hoy ya no son potestad de los médicos. A su vez, son vistos con beneplácito por el público porque representan un garante de los derechos individuales, es decir, refuerzan la idea de la soberanía individual –y de que alguien cuida de mí-.

Pero, entonces, ¿qué debe hacerse en el contexto de la bioética? Para empezar, hay que insistir en que su función, aunque opera en el campo de lo normativo, no tiene que ser necesariamente una extensión de un biopoder que, a través de la validación de argumentos de tipo médico entrelazados con teorías éticas, postulados jurídicos e imperativos económicos busca 'domesticar' para 'dominar'. En este sentido, la bioética debe abrir un mayor espacio para debatir, poner entre paréntesis y criticar las categorías mismas con las que trabaja. Probablemente sea muy difícil para un comité de bioética llevar a cabo una crítica al biopoder en general, mientras que al mismo tiempo tiene que cumplir con la función de asesoría ética/bioética que le fue asignada en el estrecho espacio hospitalario. Pero esto no significa, sin embargo, que no haya más remedio que aceptar lo dado. La dinámica propia del comité –discutir, analizar, criticar, etc.- puede ser útil para crear espacios donde la bioética opere como crítica de la estructura misma de los servicios de salud así como promotora de la conformación de sujetos ética y políticamente distintos en las instituciones de salud, por ejemplo, frente a las necesidades propias de un país como Colombia, esto es, en relación a la pobreza, inequidad,

[18] Desde que el discurso médico empezó a organizar el terreno de la sexualidad, en especial desde el siglo XIX, sólo se puede tener un sexo, masculino o femenino. Para Foucault, "el carácter sexualmente construido es en parte un resultado de la acción gubernamental y política" (Coakley, 1997, p.18).

violencia y otros males del mundo subdesarrollado (Díaz, 2007). Adicionalmente, la bioética como disciplina deberá estrechar los lazos académicos con otros campos, con las ciencias sociales particularmente, con el fin de contar con instrumentos que le permitan comprender mejor las dinámicas en las que el cuerpo –y ella misma- está hoy involucrado: biotecnología, consumismo, *manage care*, neo-narcisismo, biopoder, medicalización y juridización. La perspectiva de las ciencias sociales puede ayudar a que la bioética sea capaz de 'verse a sí misma', esto es, que pueda considerar su naturaleza, métodos, problemas y discurso en un contexto social e histórico determinado. Un punto importante en este sentido es, por ejemplo, entender que los problemas morales son también construcciones sociales (Light & McGee, 1998, p.9).

Un segundo elemento, es que se ha de tomar conciencia de que la bioética es, en sí misma, una biopolítica, pues su quehacer ha tenido que ver desde sus inicios con posturas políticas relativas a la naturaleza, fines y valores que han de guiar a las ciencias de la vida (Bishop & Jotterand, 2006, p.205). En este sentido es hoy una tarea pendiente someter a la bioética a una revisión que dé cuenta de su naturaleza biopolítica, dándole mayor claridad a su quehacer, facilitando su función integradora de las discusiones que se tejen alrededor de la biotecnología pero, a la vez, ayudándola a desmantelar de sus propias filas y discursos los puntos ciegos que la hacen un instrumento más de poder y expropiación sobre el cuerpo, así como legitimadora de relaciones sociales opresivas o injustas para el individuo. La bioética podría ser en realidad un espacio amigable y juicioso para la discusión de temas complejos y socialmente sensibles en relación al cuerpo (Díaz, 2008).

A. Frank, en relación al *tecnolujo* y los remodelamientos quirúrgicos por razones no-médicas, es decir, las intervenciones quirúrgicas que hoy están a la mano del 'consumidor' para modificar el cuerpo según deseos relacionados con la moda o cualquier otro motivo no incluido en el concepto médico de patología o deformidad, considera que la bioética tendría a este respecto dos funciones (Frank, 2004, p.26). La primera, ser un escenario que provea mecanismos de protección al 'consumidor'. En este sentido, la promoción y refinamiento del proceso de consentimiento informado puede ser útil aunque, como se insinuó más arriba, habrá que tener presente sus limitaciones, reconociéndolo como un instrumento valioso para logar el respeto a los individuos, pero sin suponer que con él *'la ética se instauró por fin en la estructura de los servicios de salud'* o que los procedimientos que se realizan en el cuerpo están blindados contra la explotación o el ejercicio del biopoder. Además, habrá que analizar en profundidad las connotaciones e implicaciones de asumir el lenguaje del *consumidor* en el escenario de la salud y la práctica médica. La segunda, ser un espacio para la discusión sobre *'el tipo de personas que somos al hacer lo que hacemos'*, teniendo en cuenta las evidentes repercusiones sociales y

comunitarias que conlleva cualquier tipo de procedimiento de 'remodelamiento' corporal. En relación a la cuestión de los *'derechos corporales',* mientras se avanza una crítica a los funcionamientos del poder, la bioética puede al mismo tiempo contribuir a construir un marco normativo adecuado para la aplicación de la biotecnología en el terreno de la disposición corporal. Esto se puede realizar promoviendo la instauración de principios claros y vinculantes, como el propio consentimiento informado, la obtención de beneficios justos, evitando el daño desproporcionado y la explotación, y promoviendo una justa distribución de los recursos en las diversas aplicaciones biotecnológicas que impliquen el cuerpo (Björman & Hansson, 2005, p.213). Pero no nos podríamos limitar a la enunciación de principios nuevos. Caeríamos en lo mismo. Tales principios deben surgir de la mano de un acto de *explicitación* de las estructuras y estrategias de poder que operan en las instituciones. La sobreabundancia de normas, principios y reglas es parte del problema.

## 11. Bibliografía

Andahazi, F. (1997). *El anatomista*. Buenos Aires: Planeta

Basaglia, F. (1980). *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.

Bishop, J. & Jotterand, F. (2006). Bioethics as Biopolitics. *Journal of Medicine and Philosophy, 31* (3), 205 – 212.

Björman, B. & Hansson, S. (2005). Bodily rights and property rights. *Journal of Medical Ethics, 32*, 209 – 214.

Brassington, I. (2006). Body art and medical need. *Journal of Medical Ethics*, *32*, 13 – 16.

Canguilhem, G. (1983). *Lo normal y lo patológico* (5ª Ed.). México: Siglo XXI.

Cartwright, L. (1995). *Screening the Body. Tracing Medicine´s Visual Culture*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Carrick, P. (2001). *Medical ethics in the ancient world*. Washington: Georgetown University Press.

Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, *46* (March), 3 – 14.

Coakley, S. (Ed.) (1997). *Religion and the body.* Cambridge: Cambridge University Press.

Cunningham, A. (1997). *The Anatomical Renaissance of the Anatomical Projects of the Ancients*. Aldershot: Scolar.

Danaher, G., Schirato, T. & Webb, J. (2000). *Understanding Foucault*. London: SAGE.

Descartes, R. (1971). *El discurso del método*. Buenos Aires: Aguilar.

Dennis, J. M. (2000). Cirujanos vigilados: diálisis y trasplantes en Estados Unidos. En J. Elster (Ed.). *La ética de las decisiones médicas*. Barcelona: Gedisa.

Díaz, E. (2008). ¿Tiene la bioética un lado rosa? En B. Espinosa (Ed.), *Cuerpos y diversidad sexual. Aportes para la igualdad y el reconocimiento* (pp. 40-56). Bogotá: Editorial Universidad Javeriana.

Díaz, E. (2007). Crítica a la bioética si ha de ser instrumento para la construcción de paz en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *7* (12), 92 – 101.

Díaz, E. (2003). Comités clínicos de bioética: la confluencia de la ética y la clínica. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, *12* (3).

Díaz, E. (2002) La crisis del paradigma anatomo-clínico: de las metáforas de la enfermedad. En G. Cely (Ed.). *Dilemas Bioéticos Contemporáneos.* Bogotá: 3R.

Dijck, J. V. (2005). *The transparent body: a cultural analysis of medical imaging*. Seattle: University of Washington Press.

Engelhardt, T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

Foucault, M. (1989). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1984). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

Frank, A. (2004). Emily's Scars. Surgical, Shapings, Technoluxe, and Bioethics. *Hastings Center Report, 34* (2), 18 – 29.

Gadamer, A. H. (1996). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Gedisa.

Giannini, J. (2004). The case of Cosmetic Psychiatry: Treatment Without Diagnosis [electronic version]. *Psychiatric Times, 21* (7). Recuperado 27 de abril 2007 de: http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/47776.

Heller, A. (1995). *Biopolítica, la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Península.

Hipócrates (1995). *Juramento hipocrático. Tratados médicos*. Bogotá: Planeta.

Illich, I. (2002). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.

Instituto de Bioética. Universidad Javeriana (n.d.). *Reseña Histórica*. Recuperado 30 de septiembre 2009 de: http://www.javeriana.edu.co/bioetica/inst_resena.htm.

Jaeger, W. (1961). *Paideia. The Ideals of Greek Culture* (Vol. III). Oxford: Basil Blackwell.

Jenner, M. & Taithe, B. (2000). The Historiographical Body. En R. Cooter & J. Pickstone (Eds.), *Medicine in the Twentieth Century* (pp. 187 – 200). Singapore: OPA.

Jonsen, A. (1998). *The birth of bioethics*. New York: Oxford University Press.

Katz, M. (1992). Ideology and 'The Status of Women' in Ancient Greece. *History and Theory*. *31* (4), 70 – 97.

Keller, E. F. & Longino, H. E. (1996). *Feminism and Science*. Oxford: Oxford University Press.

Laqueur, T. (1990). *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Cambridge University Press.

Leist, A. (2003). What makes bodies beautiful? *Journal of Medicine and Philosophy*, *28* (2), 187 – 219.

Light, D. & McGee, G. (1998). On the Social Embeddedness of Bioethics. En R. DeVries & J. Subedi (Eds.), *Bioethics and Society. Constructing the Ethical Enterprise* (pp. 1-15). New Jersey: Prentice Hall.

Lipovetsky, G. (2002). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo.* Barcelona: Anagrama.

Maldonado, O. (2009). *Sociedad patriarcal. Perspectivas feministas*. (Tesis de maestría versión aprobada septiembre de 2009). Bogotá: Universidad Javeriana.

Mark, J. & Bertrand, T. (2000). The Historiographical Body. En R. Cooter & J. Pickstone (Eds.), *Medicine in the Twentieth Century* (pp. 187 – 200). Singapore: OPA.

McKeon, M. (1995). Historicizing Patriarchy: The Emergence of Gender Difference, in England, 1660 – 1760. *Eighteenth-Century Studies*, *28* (3), 295 – 322.

Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico (1998). *Comités Bioéticos Clínicos*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Mirzoeff, N. (1998). What is visual culture? En N. Mirzoeff (Ed.), *The Visual Culture Reader*. London: Routledge.

Mitchell, L. & Georges, E. (2000). Cross-Cultural Cyborgs: Greek and Canadian Women's Discourses on Fetal Ultrasound. En: A. R. Saetnan, N. Oudshoorn & M. Kirejczyk (Eds.), *Bodies of technology: women's involvement with reproductive medicine*. Columbus, OH: Ohio State University Press.

Nicholson, L. (1994). Interpreting Gender. *Signs*, *20* (1), 79 – 105.

Platón (1971). *Apología de Sócrates*. Buenos Aires: Eudeba.

Relman, A. (1994). The Medical-Industrial Complex. En P. Conrad & R. Kern (Eds.), *The Sociology of health and illness: critical perspectives*. New York: St. Martin's Press.

Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society, 18* (6), 1 – 30.

Rossi, P. (1968). *Francis Bacon: from magic to science.* Chicago: University of Chicago Press.

Rothman, D. (1991). *Strangers at the Bedside*. New York: Basic Books.

Rueda, E. (2009). Predictive Genetic Testing, Uncertainty, and Informed Consent. En R. Lupiccinni & R. Adell (Eds.), *Handbook of Research on Technoethics* (Vol. II, pp. 474 – 495). Hershey, New York: Information Science Reference.

Schiebinger, L. (1988). Feminine Icons: The Face of Early Modern Science. *Critical Inquiry*, *14* (4), 661 – 691.

Siep, L. (2003). Normative Aspects of the Human Body. *Journal of Medicine and Philosophy, 28* (2), 171 – 185.

Watch Tower Bible (2002). *No blood medicine meets the challenge.* [*La negativa a la sangre: la medicina acepta el reto*]. Videocasete. (Disponible en Instituto de Bioética, Universidad Javeriana, Bogotá).

Zola, I (1990). Medicine as an institution of social control. En P. Conrad & R. Kern (Eds.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives* (3rd Ed., pp. 398 – 408). New York: St. Martin's Press.

**Notas**

El presente artículo sintetiza algunos aspectos de los que me ocupé en el transcurso de dos seminarios/proyectos de investigación realizados por la Facultad de Derecho y el Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, entre 2002 y 2007, en los que se discutieron temas de relevancia tanto jurídica como bioética, por ejemplo, el consentimiento informado y la disponibilidad corporal. Mi preocupación, como médico, fue tratar de comprender las relaciones entre derecho y bioética en su accionar en el escenario clínico desde una perspectiva crítica. Durante mis estudios de maestría en Historia y Filosofía de la Ciencia y la Medicina en la Universidad de Durham, Reino Unido (2007/08) integré a estas reflexiones una categoría que, en mi opinión, debe recibir más atención en el trabajo intelectual de la bioética en Latinoamérica: el poder.

Las citas tomadas de textos en inglés fueron traducidas al español en versión libre por el autor del presente artículo.