



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES

**EL PROGRESO EN SALUD Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA
EN LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA**

Tesis para obtener el grado de
Maestro en Humanidades

Presenta
Héctor Valentín Hidalgo Lara

Directora de tesis
Dra. Elizabeth Valencia Chávez

Cuernavaca, Morelos, noviembre del 2019

AGRADECIMIENTOS

- A Clara, por su entrañable compañía.
- A mi familia, porque la formación es un proyecto familiar.
- A mi directora de tesis: Dra. Elizabeth Valencia Chávez, por su asistencia y acompañamiento intelectual.
- A mi comité tutorial: Dra. Samadhi Aguilar Rocha y Dra. Irene Catalina Fenoglio Limón, por sus oportunas observaciones que guiaron el curso de la investigación.
- A mis lectores: Dra. Angélica Tornero Salinas y Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa, por su lectura atenta y puntuales observaciones.
- Al personal de la Coordinación de Posgrado Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades (CIIHu) y de la Coordinación de Asuntos Académicos del Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales (IIHCS) de la UAEM, por todas sus atenciones.

El progreso en salud y la medicalización de la vida en la Época Contemporánea

	Página
Introducción	4
Capítulo I. Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica de la Grecia clásica a la época contemporánea	15
1 Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica en la Grecia clásica	15
1.1 Cuerpo y salud-enfermedad en la Grecia clásica	15
1.2 Progreso y práctica médica en la Grecia clásica	24
2 Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica en la Edad Media y el Renacimiento	32
2.1 Cuerpo y salud-enfermedad en la Edad Media y el Renacimiento	32
2.2 Progreso y práctica médica en la Edad Media y el Renacimiento	41
3 Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica en la Época Moderna y Contemporánea	48
3.1 Cuerpo y salud-enfermedad en la Época Moderna y Contemporánea	48
3.1.1 La medición en salud	56
3.1.2 Mortalidad y morbilidad	57
3.1.3 Esperanza de vida y cobertura sanitaria universal	61
3.1.4 Transición epidemiológica	63
3.2 Progreso y práctica médica en la Época Moderna y Contemporánea	65
3.2.1 La utopía de la salud perfecta	72
3.2.2 Crítica al progreso en salud	75
Capítulo II. La salud, su relación con la biopolítica y el proceso de medicalización	87
1 La medicina como estrategia biopolítica	87
1.1 Despliegue de la biopolítica	87

1.2	La administración de la vida	92
1.3.	El enfermo como consumidor	98
1.4	La medicina institucionalizada como modelo hegemónico	103
2	Medicalización de la vida	108
2.1	Despliegue de la medicalización	108
2.2	La medicalización de la anormalidad y el control social. Creación de nuevas enfermedades	115
2.3	La enfermedad mental y las farmacéuticas o la medicalización de las emociones	120
2.4	La fetichización de los medicamentos	124
2.5	La industria farmacéutica. Entre la salud y el mercado	126
2.6	Otras formas de medicalización de la vida	131
2.7	Los efectos adversos de la intervención médica	136
	Conclusiones	141
	Bibliografía	148

El progreso en salud y la medicalización de la vida en la Época Contemporánea.

Introducción

Para una amplia proporción de personas, la idea de que la medicina institucionalizada contemporánea ha contribuido al progreso en la salud de la población y al progreso de la humanidad es una idea que ha sido aceptada sin cuestionarse o, al menos, asumida sin suficiente discusión. La medicina institucionalizada¹ regularmente ha sido considerada como el instrumento convencional para traducir el saber médico en el mejoramiento de la salud. La mejor comprensión de los mecanismos fisiológicos y patológicos sobre la salud y la enfermedad y la creciente adición de nuevas tecnologías, que aumentan las capacidades del médico para la prevención, el diagnóstico y tratamiento, en suma, la ampliación en el saber médico, parecen ser un ejemplo fehaciente de la materialización de esa idea. El crecimiento en el saber médico y en la tecnología para la salud crearon una gran expectativa sobre su potencial contribución en beneficio de la salud de la población.

No obstante, si se reflexiona sobre el estado de salud prevaleciente en la sociedad, se puede reconocer que, si bien ha habido un gran desarrollo del conocimiento humano acerca de las enfermedades, el crecimiento en el saber médico y la incorporación de nuevas tecnologías para la salud no necesariamente se han traducido en un progreso en la salud de la población. Frente a la creciente acometida de la tecnología en la práctica médica, para el médico mexicano Alberto Lifshitz, la tradición clínica enfrenta un gran reto, pues “parece subjetiva, imprecisa, irreproducible, incierta, inverificable, inarchivable, ineficiente, improductiva e incómoda”.² Actualmente las decisiones clínicas se fundamentan

¹ Por medicina institucional o institucionalizada se entiende la existencia de instituciones de seguridad social que brindan servicios de salud y, por tanto, definen la práctica de los profesionales en sus funciones de atención médica, como práctica social (Cfr. Jarillo-Soto, E. C., Casas-Patiño, D y Contreras-Landgrave, G. La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva, *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 4, núm. 11, 2016. UNAM).

² Alberto Lifshitz, *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*, México, UNAM, 1977, p. 7.

mejor si se cuenta con información emanada de la moderna tecnología, no reconocerlo así, para él, sería una postura contraria al progreso.

Sin embargo, si bien ha habido un crecimiento en el saber médico, a juzgar por los resultados obtenidos con los indicadores básicos con que se suele evaluar el estado de salud de la población, no ha habido tal progreso en la salud, esta es la hipótesis central en torno a la cual se desarrolla la presente investigación. En alguna medida, así lo entendió el científico francoestadounidense René Jules Dubos cuando afirmó que:

...las enfermedades han permanecido más o menos constantes a través de la historia humana, y lo que ha cambiado es únicamente el conocimiento que el hombre tiene de ellas. [...] La enfermedad prácticamente coexiste con la vida, y es indudable que el hombre antiguo sufría de muchas, si no de todas las enfermedades que hoy aquejan a la humanidad.³

Para este autor, las enfermedades mantienen un comportamiento fluctuante independiente de cualquier intervención consciente del ser humano. Los brotes epidémicos de enfermedades infecciosas como la peste, la viruela, la influenza o el cólera, entre otras, son un ejemplo de que este fenómeno se ha presentado ancestralmente al margen de las acciones humanas, incluidas las emprendidas por los profesionales de la salud. Algunas de esas enfermedades continúan presentándose hasta hoy en forma recurrente. El caso del sarampión es ilustrativo, pues las altas tasas de vacunación logradas hacían presagiar la erradicación del virus responsable de dicha infección. Pero los recientes brotes epidémicos de sarampión observados en Europa y América contradicen esa expectativa y hacen suponer que tal idea parece utópica.

Por otra parte, el crecimiento en el saber médico se puede ponderar a partir de la producción de artículos y revistas científicas. Para ilustrar dicho incremento baste señalar que hace poco más de una década se estimaba la existencia de alrededor de 21,000 títulos activos de revistas académicas con evaluación de la

³ René Dubos, *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico* [Traducción de José María Pérez Lías], México, Fondo de Cultura Económica, 1975, p. 187.

calidad de sus artículos.⁴ Respecto a la producción científica solamente en medicina, al finalizar la década de años ochenta del siglo XX, se estimó una publicación de más de 20,000 revistas biomédicas, con un ritmo de expansión del 6 al 7% anual.⁵ En suma, la producción científica en general y la producción científica en medicina en particular han alcanzado una gran dimensión, es decir, resulta incuestionable el crecimiento del saber médico. Sin embargo, la relación entre el crecimiento en el saber médico y el progreso en el nivel de salud de la población no ha sido suficientemente explicada.

Poner en cuestión los eventuales avances en la salud de la población, además de precisar qué se entiende por salud y enfermedad, requiere clarificar la concepción sobre el cuerpo humano y sobre el tipo de práctica médica predominante. El esclarecimiento de ambos conceptos hace necesario un análisis de los cambios que cada uno ha experimentado históricamente. Un estudio sobre un eventual progreso en salud y sobre el creciente proceso de medicalización, por preciso que este parezca, pero que deje al margen la concepción sobre el cuerpo, bien podría ser calificado de insuficiente e inapropiado. Por ende, las reflexiones sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la práctica médica conforman una unidad cuyos cambios serán analizados desde la antigüedad griega hasta la época contemporánea.

Una vez que en la Grecia clásica se definió el ideal del ser humano como el desarrollo armónico del cuerpo y el alma, la concepción del cuerpo ha continuado experimentando cambios en la civilización occidental. El hecho de considerarlo mortal e imperfecto, favoreció que el cuerpo haya sido subestimado con respecto al alma. Sin embargo, la pregunta sobre qué es el cuerpo recorre la historia del pensamiento en Occidente y es preciso clarificarlo en sus diversas concepciones. Este punto cobra importancia, pues el presente trabajo supone un estrecho vínculo entre los conceptos de cuerpo, salud, enfermedad y práctica médica. En consecuencia, en el primer capítulo se estudian dichas relaciones.

⁴ Mercedes Patalano, "Las publicaciones del campo científico: Las revistas académicas de América Latina", *Anales de documentación*, N° 8, 2005, p. 218.

⁵ Juan José Calva Mercado y cols., "Cómo Leer revistas médicas", *Revista de Investigación Clínica*, México, 1988, p. 5.

Por otra parte, el progreso ha sido una idea fundamental para la Cultura Occidental. El historiador y filólogo británico John Bagnell Bury afirmó que la idea de progreso⁶ ha sido considerada como un principio que “ha servido para dirigir e impulsar toda la civilización occidental”.⁷ Sin embargo, hablar de progreso es un tema complicado pues, con el paso del tiempo, es una idea cada vez más cuestionada y puesta en duda al fracasar, de la mano de la razón instrumental,⁸ en su aspiración por alcanzar los propósitos del proyecto ilustrado para lograr la emancipación y el engrandecimiento de la humanidad. La expectativa depositada en la medicina institucionalizada como condición de posibilidad para el mejoramiento en la salud de la población forma parte de esa idea.

Evaluar el progreso en salud requiere en principio definir qué se entiende por salud y qué se entiende por progreso en la salud de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁹ Este concepto es problemático porque, atendiendo a esta conceptualización de salud, la pregunta obligada sería: ¿quién se atrevería a afirmar que se encuentra sano? Tal conceptualización llevaría a afirmar al psiquiatra estadounidense Allen Frances que cuando el concepto de salud se

⁶ John Bagnell Bury conceptualizó el progreso como una teoría que contiene una síntesis del pasado y una previsión del futuro, esto es, el progreso está íntimamente relacionado con una idea de historia. La idea de historia como progreso concibe al ser humano transitando paulatinamente en una dirección definida, unilineal, deseable y permanente. Tal idea parte del supuesto de que la humanidad atraviesa por una serie de etapas de evolución a lo largo de su proceso histórico, el cual está caracterizado por un tránsito unidireccional desde el pasado hacia un futuro para alcanzar algún día una condición de felicidad general. Las etapas de desarrollo se continúan una a otra sin interrupción, falta o pérdida de continuidad y, además, las últimas etapas de la evolución son reconocidas como superiores a las primitivas.

⁷ John Bagnell Bury, *La idea de progreso*, Madrid, Alianza, 1971, p. 9.

⁸ La noción de razón instrumental es tomada de la Teoría Crítica, especialmente de Max Horkheimer que, en la *Crítica de la razón instrumental* distingue entre razón objetiva y razón subjetiva. La primera es teleológica pues tiende a alcanzar elevados fines como la Verdad, la Justicia, lo Bello, la Bondad, la felicidad, la autonomía, la emancipación, entre los más notables. Por el contrario, la razón subjetiva o instrumental corresponde a la paulatina mutilación de la razón objetiva que, al perder paulatinamente su autonomía tiende a ser reducida o disuelta. Al olvidar sus raíces espirituales que la orientaban hacia la consecución de elevados fines, la razón instrumental opera bajo la lógica del dominio y la autoconservación, en donde el énfasis está depositado más en los medios que en los fines, es decir, la razón se instrumentaliza para funcionar como un medio al servicio de la dominación, perdiendo así su sentido primigenio y corriendo el riesgo de subordinarse ante lo irracional.

⁹ OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, OMS, Nueva York, 22 de julio de 1946, p. 1.

torna inalcanzable, pierde valor.¹⁰ La definición de salud de la OMS parece más una declaración de principios que un objetivo alcanzable.

El concepto, aún vigente en la actualidad, ofrece dificultades para evaluar tanto el bienestar en la salud del individuo como en la población. No obstante, en el intento de apreciar con objetividad las condiciones de salud de la población, el Sistema de Salud se dio a la tarea de construir una serie de indicadores. Tales indicadores registran aspectos relacionados con la ocurrencia de la enfermedad y muerte, o bien, aspectos relativos a la infraestructura de recursos disponibles y del desempeño de los servicios que ofrece la medicina institucionalizada.¹¹ Es claro que los primeros no registran el nivel de salud sino el grado de enfermedad en una población determinada y los segundos tampoco, puesto que sólo registran la disponibilidad de recursos y eventualmente la eficiencia en su uso.

La salud habitualmente se suele asociar con el bienestar y con la aspiración humana a la felicidad. Sin embargo, la definición de salud de la OMS es un concepto con limitaciones para evaluar tanto el bienestar como la felicidad. Con respecto a la relación entre salud y bienestar, el sociólogo Roberto Briceño-León afirmó:

La salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional. La salud es un índice del bienestar, quizás el más importante indicador del bienestar alcanzado por una población.¹²

De acuerdo con Briceño-León, este concepto de salud depende de una compleja interacción de factores sociales, políticos, económicos, culturales y

¹⁰ Allen Frances, *Somos todos enfermos mentales. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* [Traducción de Jorge Paredes], Barcelona, Ariel, 2014, p. 29.

¹¹ Carlos Castillo Salgado, Óscar J. Mujica, Enrique Loyola, y Jaime Canela (Editores), "Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población", en *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)*, Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 6.

¹² Roberto Briceño-León, "Bienestar, salud pública y cambio social", en Briceño-León, Roberto, Minayo, María Ceciclia de Souza, Coimbra jr, Carlos E. A (Coord.), *Salud y equidad. Una mirada desde las ciencias sociales*, Río de Janeiro, Fiocruz, 2000, p. 15.

educativos. Además, es la base sobre la cual se edifica la felicidad humana, su realización como personas y su aportación para la plena satisfacción colectiva.¹³ El concepto de salud de la OMS es normativo y se orienta a concebirla como un fenómeno cuantificable, es decir, susceptible de verificación empírica. Dicho concepto se refiere, por una parte, a la salud como el completo estado de bienestar y, por la otra, para intentar dimensionar con objetividad el estado de salud que guardan las poblaciones, se han formulado múltiples indicadores que habitualmente sólo registran componentes biológicos de la enfermedad, quedando al margen los componentes psicológicos y sociales.

Dentro del universo de indicadores, los que se consideran fundamentales para evaluar el nivel de salud son la morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y la cobertura sanitaria, cuyo comportamiento se registra sistemáticamente para conocer sus tendencias en una región o en un país. Esos indicadores registran sólo los componentes biológicos de la salud, quedando al margen los aspectos psicológico y social, es decir, en el mejor de los casos, solamente se cuenta con una evaluación parcial de la salud tal como la define la OMS. Resulta plausible replantear la evaluación de la salud, para incluir todos los ámbitos que convergen en ella.

Otra manera de evaluar el bienestar fue propuesta por el Programa de la ONU para el Desarrollo y se conoce como Índice de Desarrollo Humano (IDH). Dicho índice incluye tres dimensiones: a) la esperanza de vida al nacer; b) los años promedio de escolaridad y los años esperados de escolaridad; y c) el ingreso nacional bruto per cápita.¹⁴ Este índice recoge tres componentes fundamentales para la salud, pues sería impensable esperar un cierto nivel de bienestar en una población que se encuentre al margen de la educación y el ingreso económico. Resulta paradójico que a la medicina institucionalizada se le asigne la tarea de elevar el nivel de salud, cuando su ámbito de acción es visiblemente reducido, pues hay otros componentes que tienen gran peso específico sobre la salud.

¹³ *Idem.*

¹⁴ Selim Jahan (Dir), *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*, Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016, p. 3.

Pese a las limitaciones de los indicadores para evaluar el estado de salud de una población, con base en ellos, Julio Frenk¹⁵ afirmó que, desde hace más de medio siglo, el estado de salud en los países latinoamericanos se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, que abarca tres aspectos:

a) la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones; b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada y; c) el cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante.¹⁶

Si bien hubo un descenso en la ocurrencia de la enfermedad y muerte a causa de enfermedades infecciosas, aumentó la prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, nefropatías y cáncer, entre las principales) en adultos y en ancianos. La esperanza de vida también tuvo un incremento. Pero, la extensión en la longevidad ha tenido un alto costo que los humanos han tenido que sufragar, pues se asocia con enfermedades crónicas complejas y costosas en términos sanitarios y financieros. Se estima que dos tercios de las personas mueren a causa de enfermedades relacionadas con la mayor longevidad.¹⁷

Otro indicador con el cual la OMS evalúa el estado de salud poblacional es la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), ésta hace referencia a la tarea de un Estado por lograr que la totalidad de la población cuente con:

¹⁵ Médico mexicano, titular de la Secretaría de Salud de México durante el período 2000-2006.

¹⁶ Julio Frenk y cols., "La transición epidemiológica en América latina", *Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana* 111(6), 1991, p. 486.

¹⁷ Juan Ramón De la Fuente, Morir con dignidad, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 62, N° 1, Enero-Febrero, 2019, p. 51.

“... servicios de salud [que] comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad”.¹⁸

El impulso hacia una CSU supone que el progreso en salud sólo es posible si las sociedades se encaminan hacia un proceso de medicalización. La medicalización es un fenómeno complejo que ha acrecentado su ocurrencia. De acuerdo con el sociólogo y médico estadounidense Peter Conrad:

“La medicalización es un proceso mediante el cual los problemas no médicos se definen y tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades y trastornos”.¹⁹

El concepto de medicalización se refiere al conjunto de procesos mediante los cuales la medicina moderna ha trascendido hacia otros ámbitos de la sociedad para intervenirlos. Son ámbitos que hasta hace poco tiempo no habían sido considerados como entidades médicas. Los procesos de medicalización constituyen un fenómeno en aumento, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo xx. Dichos procesos se encuentran relacionados con la política sanitaria para lograr la CSU. Una de las críticas más virulentas hacia la medicina contemporánea corrió a cargo de Iván Illich. En *Némesis Médica* Illich sostuvo que:

La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud.²⁰ Al rebasar sus límites críticos, un sistema de asistencia a la salud basado en médicos y otros profesionales resulta patógeno por tres motivos: inevitablemente produce daños clínicos que superan sus posibles beneficios; no puede sino resaltar, en el acto mismo de oscurecerlas, las condiciones políticas que hacen insalubre la sociedad, y

¹⁸ OMS, “La función de la investigación en la búsqueda de la cobertura sanitaria universal”, en *Informe sobre la salud en el mundo 2013*, en *Investigaciones para una cobertura universal*, OMS, p. 6.

¹⁹ Peter Conrad, *The medicalization of society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007, p. 4.

²⁰ Iván Illich, “Némesis Médica”, en Illich, Iván, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 535.

tiende a mistificar y a expropiar el poder del individuo para sanarse a sí mismo y modelar su ambiente.²¹

Para Illich, el saber y poder médico que se materializan en la medicina institucionalizada no sólo no curan, sino que generan enfermedades; su análisis le permitió reconocer el desarrollo de un proceso de carácter político al que denominó “medicalización de la vida”, el cual tiende a reducir la autonomía de los individuos, pues vulnera la capacidad de estos para enfrentar la realidad. La medicina contemporánea ha empeñado su esfuerzo de ampliar el número de enfermedades, un ejemplo es el número creciente de enfermedades mentales.

Una forma de ampliar el número de enfermos es estrechar los criterios que definen lo normal en medicina. Así, hoy encontramos un mayor volumen de individuos convertidos en pacientes, y estos, a su vez, en potenciales consumidores de productos de la industria sanitaria para la prevención, diagnóstico, tratamiento y “control” de enfermedades. La industria sanitaria es un sector de la economía encargado de la producción, distribución y comercialización de insumos para la salud. La industria farmacéutica forma parte de la industria sanitaria y es una de las industrias más rentables de la economía mundial. El fármaco se anuncia como la panacea para recuperar la salud, sin considerar la multiplicidad de efectos adversos que produce. En suma, es preciso analizar y tarde o temprano combatir las consecuencias de la medicalización.

A partir de la noción de biopolítica, Michel Foucault amplió su investigación al proceso de medicalización. Para este autor, un cambio esencial del siglo XIX consistió en concebir la vida como parte del poder. El viejo poder del soberano de la época clásica consistente en hacer morir o dejar vivir se transformó en el nuevo derecho de hacer vivir y abandonar a la muerte. Pero, a diferencia de la época clásica en que el poder disciplinario se centró en el cuerpo individual, la nueva técnica de poder no disciplinario se aplica a toda la vida humana desde el

²¹ *Ibid.*, p. 639.

nacimiento hasta la muerte. El ejercicio del poder no se dirige ya al hombre/cuerpo sino al hombre/especie y es lo que Foucault denomina biopolítica.²²

El concepto de biopolítica se refiere a la política de la vida; hace referencia al poder que actúa sobre la vida, es decir, el poder penetra el cuerpo a través de la vida; y la vida, a través del cuerpo se vuelve objeto del poder. La biopolítica como gestión de la vida, se hace cargo de regular los procesos biológicos del hombre.²³ Para este autor, la salud se ha constituido en el escenario de una lucha política, es decir, la salud es el ámbito donde el poder despliega acciones en su intento por controlar individuos y poblaciones mediante procedimientos no disciplinarios.

Illich y Foucault cuestionaron la idea del progreso en salud que la medicina institucionalizada supone haber logrado. Ambos nos alertaron sobre el proceso creciente de medicalización que, oculto dentro del cuidado institucional a la salud, quebranta la libertad humana. Una y otra crítica nos ayudan a pensar el fenómeno de medicalización y nos auxilian en la tarea de poner en duda la idea de que la medicina institucionalizada, ha contribuido al progreso en la salud de la población. No sólo no hay progreso en la salud de la población, sino que la medicina, como estrategia biopolítica, mediante un proceso creciente de medicalización, actúa en menoscabo de la libertad humana.

El presente trabajo pretende explicar por qué no hay progreso en salud y cómo el proceso de medicalización forma parte de dicha idea de progreso. Para comprender la articulación entre progreso y medicalización es preciso analizar primero la evolución de los conceptos de cuerpo, salud-enfermedad, progreso en salud y práctica médica, lo cual se despliega en el capítulo uno de la presente investigación. De igual forma, en el segundo capítulo se analiza la salud en la época contemporánea y su relación con la biopolítica y la medicalización.

Desde el punto de vista metodológico, en el presente estudio se llevó a cabo un análisis de algunos textos que dan cuenta sobre los problemas antes citados. Para estudiar la evolución de los conceptos de cuerpo, salud-enfermedad,

²² Michel Foucault, *Defender la sociedad. Curso de el Collège de France: 1975-1976* [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 217-220.

²³ Michel Foucault, *Historia de la medicalización*, Segunda conferencia dictada en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil, Educación médica y salud, Vol. 11, N° 1, 1977, pp. 3-25.

progreso en salud y práctica médica, sólo se identifican y analizan algunas fuentes que explican dichos cambios conceptuales en Occidente. Respecto al progreso en salud, se analizan algunos de los principales indicadores con que se suele evaluar el proceso salud-enfermedad y su tendencia en las últimas décadas. Al mismo tiempo, se cuestiona el empleo de dichos indicadores para estimar el avance en la salud de la población.

Finalmente, respecto a los conceptos de biopolítica y medicalización, llevamos a cabo una revisión de dichos conceptos en Foucault e Illich respectivamente, así como un análisis de la literatura, fundamentalmente de tipo sociológica, que busca explicar el avance del proceso de la medicalización y sus posibles consecuencias sobre la vida en la época contemporánea. La investigación está centrada en la medicina occidental, es decir, en el modelo hegemónico del sistema de salud occidental.

Capítulo I. Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica de la Grecia clásica a la época contemporánea

1 Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica en la Grecia clásica

1.1 Cuerpo y la salud-enfermedad en la Grecia clásica

La pregunta ¿qué es el cuerpo? ha sido una cuestión cotidiana y su concepción ha sufrido cambios. Dichos cambios han influido en la concepción de salud, enfermedad y práctica médica, pues hay un estrecho vínculo entre ellas. Para Occidente, el cuerpo ha sido motivo de vergüenza y expresiones como la “cárcel del alma” o el “cuerpo corruptible” se han empleado regularmente para caracterizarlo. Al relacionarlo con las apetencias, deseos carnales, enfermedad y muerte, el cuerpo fue considerado imperfecto. Hasta hace poco tiempo, la reflexión sobre él había sido marginal en el cuestionamiento sobre lo humano. La preocupación occidental sobre lo humano privilegió al alma sobre el cuerpo. Desde Homero a la época clásica, el hombre griego posee un cuerpo (soma) y una psique (alma) irrevocablemente separados. Tal división está documentada en los misterios órficos, en los escritos atribuidos a Pitágoras y en el obra platónica.

Los misterios órficos, cuya raíz se remonta al siglo VI a. C. cobraron gran importancia en el mundo griego. La tradición órfica supuestamente fundada por el mítico cantor Orfeo, según el filólogo hispano Miguel Herrero, se configuró en creencias como: la supervivencia del alma tras la muerte y su castigo o recompensa ultramundana, la infravaloración de la vida terrenal frente a la ultraterrena, la relación íntima con la divinidad y la posibilidad de trasponer la frontera entre lo humano y lo divino.²⁴ Señala el filólogo germanoestadounidense Werner Jaeger que los rituales órficos incluían: medidas ascéticas de abstinencia, conducir la vida con base en la justicia, ritos de sacrificio, exorcismo y expiación.²⁵

²⁴ Miguel Herrero, *La tradición órfica en la literatura apologética cristiana*, Tesis doctoral, Madrid, Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid, 2005, p. 15.

²⁵ Werner Jaeger, “Capítulo IV. Las llamadas teogonías órficas”, en *La teología de los primeros filósofos griegos* [Traducción de José Gaos], México, Fondo de Cultura Económica, 1952, p. 63.

Otra concepción dual del ser humano se encuentra en Pitágoras, cuyos discípulos conservaron algunas de sus máximas y de sus símbolos. Éstos últimos han sido ulteriormente explicados. Así, con respecto al alma se menciona:

«“Símbolo 23: *No uses el anillo*” Explicación: ... La filosofía es la meditación sobre la muerte y la separación del alma y el cuerpo. Dedicarte, por tanto, con gran celo a la filosofía pitagórica, la cual, por medio de la inteligencia, se separa de toda naturaleza corporal y se ocupa de las cosas inteligibles e inmateriales. Libértate también del pecado y de las ocupaciones de la carne, que te arrastran y estorban a la meditación filosófica...».²⁶

Pitágoras exhorta a separarse de lo sensible o corporal, meditar sobre la muerte, filosofar sin energías sensibles ni corporales, utilizando la inteligencia para la aprehensión de la verdad, cuya adquisición es la sabiduría. En el pensamiento pitagórico se manifiesta la jerarquía del alma sobre el cuerpo. Por ejemplo, señala:

«“Símbolo 29: *Cuando te levantes de la cama, pliega las sábanas y borra las impresiones del cuerpo*” Explicación: ... Levantándote [...] del sueño y de la oscuridad nocturna de la ignorancia, no lleses contigo nada corpóreo a la luz de la filosofía, sino purifica y borra de tu memoria todo vestigio del sueño de la ignorancia».²⁷

Pitágoras da prioridad a la reflexión filosófica. La existencia humana debe privilegiar la relación con las naturalezas incorpóreas e inteligibles por encima de las sensibles. En suma, se privilegia el alma sobre el cuerpo.

Por otra parte, al considerar la inmortalidad y la transmigración de las almas, la noción de alma en Platón tiene similitudes con el orfismo y con los principios pitagóricos. La influencia del orfismo sobre Platón ha dado lugar a controversias. No obstante, el filósofo ateniense señaló:

²⁶ Pitágoras, “Los símbolos pitagóricos”, en *Escritos pitagóricos. La enseñanza secreta de Pitágoras* [Traducción y comentarios de Pedro Guirao], Barcelona, Bauzá, 1901, p.32.

²⁷ *Ibid.*, p. 37.

... Ninguno de nosotros ha nacido inmortal, y si alguien llegara a serlo, no por ello sería feliz, como piensa mucha gente, pues no hay mal ni bien digno de tal nombre para lo que no tiene alma, sino que sólo puede darse en el alma, unida al cuerpo o separada. Hay que creer verdaderamente y siempre en las antiguas y sagradas tradiciones que nos revelan que el alma es inmortal, y que estará sometida a jueces y sufrirá terribles castigos cuando se separe del cuerpo...²⁸

A partir de Platón le correspondió al cuerpo el mundo sensible y al alma el mundo inteligible. El alma es la responsable de la vida del cuerpo, de transformar el cuerpo humano y de proveerle sabiduría. Sólo ella posee el conocimiento eterno como resultado de su existencia previa a la vida terrenal. Por el contrario, el cuerpo es finito, la sede de pasiones y de la injusticia. Además, es una «tumba» donde el alma permanece cautiva en tanto ésta expía sus culpas. En el *Crátilo*, Sócrates y Hermógenes acuerdan:

... Los que pusieron el nombre de *psyché* (alma) pensaban algo así: que, cuando acompaña al cuerpo, es causante de que éste viva, puesto que le proporciona la capacidad de respirar y de «refrescar» (*anapsychón*), y que el cuerpo perece y muere tan pronto como le abandona lo que refresca.²⁹ ... la mente y el alma es lo que ordena y mantiene la naturaleza de las demás cosas...³⁰

La vida del cuerpo es impulsada por el alma, es decir, el alma se manifiesta mediante el cuerpo. Al morir este último el alma adquiere su libertad para trascender al Hades, morada definitiva de las almas liberadas del soma. Esta tesis predominó desde la antigüedad griega hasta la Edad Media. Platón coincidió con Anaxágoras al relacionar el alma con la mente. Pero, la invención de la razón distanció al hombre con respecto a la naturaleza y con respecto a sí mismo.

²⁸ Platón, "Carta VII", en *Diálogos VII* [Traducciones, introducciones y notas de Juan Zaragoza y Pilar Gómez Cardó], Madrid, Gredos, 1987, p. 503 [§ 334e y 335a].

²⁹ Platón, "Crátilo" en *Diálogos II* [Traducción, introducción y notas de J. L. Calvo], Madrid, Gredos, 1987, p. 393 [§ 399e].

³⁰ *Ibid.*, p. 394 [§ 400a].

La concepción platónica fue reformulada por Aristóteles. Para este último, la relación entre el alma y el cuerpo dio lugar a complejas descripciones, las cuales han impedido determinar categóricamente su afiliación a una concepción monista, o bien, dualista. Sin embargo, su interés sobre la relación entre el cuerpo y el alma confluyó en la teoría hilemórfica. Se denomina así porque la sustancia individual está compuesta de materia (*hyle*) y forma (*morphé*). En su explicación sobre la relación entre el alma y el cuerpo, Aristóteles afirma:

Solemos decir que [...] la entidad [...] puede ser entendida, en primer lugar, como materia aquello que por sí no es algo determinado, en segundo lugar, como estructura y forma en virtud de la cual puede decirse ya de la materia que es algo determinado y, en tercer lugar, como el compuesto de una y otra. Por lo demás, la materia es potencia mientras que la forma es entelequia.³¹

Significa que el ser humano es una entidad compuesta de materia y forma. La materia es la parte potencial y la forma la parte actual, acto o entelequia. Aristóteles elaboró una nueva explicación con el empleo de sus propias categorías: materia-forma y potencia-acto. El estagirita identificó al alma como un elemento distintivo de los organismos vivientes, al afirmar:

...el alma es aquello por lo que vivimos, sentimos y razonamos primaria y radicalmente. [...] ...la materia es potencia mientras que la forma es entelequia y puesto que, en fin, el compuesto de ambas es el ser animado, el cuerpo no constituye la entelequia del alma, sino que, al contrario, ésta constituye la entelequia de un cuerpo.³²

Un ser animado es el resultado de la composición de materia y forma. En otras palabras, cuerpo y materia son potencia y el alma constituye la forma, acto o entelequia. Aristóteles se separó de Platón pues, como señala el filósofo inglés

³¹ Aristóteles, *Acerca del alma* [Introducción, traducción y notas de Tomás Calvo Martínez], Madrid, Gredos, 2003, p. 167 [§ 412a10].

³² *Ibid.*, p. 174 [§ 414a5-10].

John Lloyd Ackrill, para Aristóteles una persona no es una cosa dentro de otra, un espíritu prisionero en un cuerpo, sino un tipo especial de unidad compleja.³³ Cuerpo y alma conforman una unidad que parece inseparable. Este último afirmó:

En la mayoría de los casos se puede observar cómo el alma no hace ni padece nada sin el cuerpo, por ejemplo, encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir en general. No obstante, el inteligir parece algo particularmente exclusivo de ella; pero ni esto siquiera podrá tener lugar sin el cuerpo si es que se trata de un cierto tipo de imaginación o de algo que no se da sin imaginación.³⁴

Cuerpo y alma configuran una entidad hilemórfica compuesta de materia y forma respectivamente.

Otra forma de concebir el cuerpo en la época corrió a cargo de la medicina hipocrática. Siguiendo a Demócrito, a juicio del médico hispano Pedro Gargantilla, Hipócrates concibió al ser humano como un microcosmos que contiene los atributos de la *physis*, es decir, posee una fuerza capaz de restablecer el orden porque tiene armonía y produce armonía. La vida es un continuo cambio de la naturaleza donde coexisten cualidades primarias y la conexión entre las partes del cuerpo.³⁵ El cuerpo humano se diversifica en partes, y de las partes surge el todo. Emulando al universo, Hipócrates afirmó que en el interior del cuerpo se acuerda lo pequeño con lo grande y lo grande con lo pequeño.³⁶

Los elementos que constituyen las propiedades físicas de la naturaleza: agua, aire, fuego y tierra, equivalen a los humores que constituyen el cuerpo humano respectivamente: flema [pituita], sangre, bilis amarilla y bilis negra.³⁷ La

³³ John Lloyd Ackrill, *La filosofía de Aristóteles* [Traducción de Francisco Bravo], Caracas, Monte Ávila editores, 1984, p. 105.

³⁴ Aristóteles, *Acerca del alma...* *op. cit.*, p. 134 [§ 403a5].

³⁵ Pedro Gargantilla, *Manual de Historia de la Medicina*, Málaga, Grupo editorial 33, 2009, pp. 87-88.

³⁶ Hipócrates, "Sobre la dieta", en *Tratados hipocráticos Volumen III*, [Introducciones, traducciones y notas por Carlos García Gual, J. Ma. Lucas de Dios, B. Cabellos Álvarez e Ignacio Rodríguez Alfageme], Madrid, Gredos, 1986, p. 32, [§ 10].

³⁷ Pedro Gargantilla, *Manual de Historia de la Medicina...* *op. cit.*, pp. 88-89.

teoría humoral de la enfermedad es un punto de inflexión en la concepción del cuerpo como una entidad con una estructura paralela a la *physis*.

Con respecto a la salud y la enfermedad, no obstante que se les ha tratado como entidades separadas, pensar la salud al margen de la enfermedad es insostenible pues ambas mantienen una relación. Una y otra han sufrido cambios desde la antigüedad. En 1932 el antropólogo estadounidense Forrest E. Clements propuso cinco conceptos primitivos de enfermedad: a) magia; b) religión o violación de un tabú; c) introducción de un objeto o sustancia extraña en el cuerpo; d) introducción de un espíritu en el cuerpo y e) pérdida del alma.³⁸

Como magia, la enfermedad se atribuye a la manipulación de personas con poderes supranaturales que influyen en su víctima. Esta concepción se relaciona con dos formas culturales antiguas que la antropóloga estadounidense Ruth Benedict llamó la “cultura-vergüenza” y la “cultura-culpa”. La primera supone que la vida se rige por el destino. Pero, al cobrar fuerza la reputación ciudadana, un comportamiento diferente al esperado era motivo de vergüenza. Por tanto, se procuraban eliminar las causas que ocasionaban vergüenza.³⁹ La cultura basada en la culpa-pecado se introdujo como la transgresión de un precepto moral o religioso y la enfermedad sobrevenía como un castigo.

Ambos conceptos coexistieron en la antigüedad griega y se extendieron. El desacato a un precepto religioso puede darse con o sin previo conocimiento de la regla. No obstante, la divinidad no admite excepciones y, en consecuencia, sobrevendrá una penalización.⁴⁰ La concepción mágica de la enfermedad fue la forma más primitiva de explicar el origen de la enfermedad. El médico y científico mexicano Ruy Pérez Tamayo sostiene que, bajo esta concepción, la enfermedad sobreviene como castigo por haber violado una norma divina. Por lo tanto, alguna deidad podía cambiar el curso de los acontecimientos a voluntad.⁴¹

³⁸ Forrest E. Clements, “Primitive concepts of disease”, *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology*, Berkeley, California, University of California Press, Volume. 32, N°. 2, pp. 186-192.

³⁹ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, Tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 31.

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 31-32.

⁴¹ *Ibid.*, p. 36.

La enfermedad por la introducción de un espíritu en el cuerpo, es un concepto similar al mágico. Según Clements, tal introducción se conoce mediante el diagnóstico de un brujo o curandero, o bien el espíritu extraño se conoce a través de la verbalización de su víctima. Esta introducción podía tener consecuencias graves para el afectado. Finalmente, por pérdida del alma se entiende a la sombra que es substraída de una persona por un hechicero, o bien, que abandona el cuerpo durante el sueño. De no recuperar el alma, la persona fallece.⁴²

La explicación primitiva de la enfermedad fue sobrenatural. Pero, al mismo tiempo coexistió la idea de la enfermedad como un proceso natural. Dicha idea supone la noción de causalidad, de regularidad en la naturaleza y de su accesibilidad a la comprensión humana. Pérez Tamayo sostiene que, al cabo de unos siete siglos de vida, el concepto de enfermedad como un fenómeno natural desapareció en el mundo griego, para resurgir al inicio del Renacimiento.⁴³

Al final del siglo VI a. C. surgieron grupos de médicos en Crotona, Cnido y Cos.⁴⁴ El médico, filósofo e historiador hispano Pedro Laín Entralgo afirma que en esta época, la figura de Alcmeón de Crotona, filósofo y médico, alcanzó notoriedad como iniciador del conocimiento “científico” de la enfermedad. A decir de Laín Entralgo, Alcmeón sostuvo:

La salud está sostenida por el equilibrio de las potencias (*isonomía ton dynámeon*): lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce, y las demás. El predominio de una de ellas (*monarkhía*) es causa de enfermedad; pues tal predominio de una de las dos es pernicioso. En lo tocante a su causa, la enfermedad sobreviene a consecuencia de un exceso de calor o de frío; y en lo concerniente a su motivo, por exceso o defecto de alimentación; pero en lo que atañe al dónde, tiene su sede en la sangre, en la médula (*myelós*: parte blanda contenida dentro de un tubo duro) o en el encéfalo. A veces se originan las enfermedades por obra de causas externas: por la peculiaridad del agua de la comarca, por esfuerzos

⁴² *Ibid.*, pp. 46-51.

⁴³ *Ibid.*, p. 66.

⁴⁴ Pedro Gargantilla, *Manual de Historia de la Medicina... op. cit.*, p. 80.

excesivos, forzosidad (*anánke*) o causas análogas. La salud, por el contrario, consiste en la bien proporcionada mezcla de las cualidades.⁴⁵

El planteamiento de Alcmeón inaugura una concepción racional en la cual la salud y la enfermedad resultan del equilibrio o desequilibrio de elementos. Poco más de un siglo después, al final del siglo V a. C. los autores del *corpus hipocrático*, hicieron suya la concepción de Alcmeón, al plantear:

El cuerpo del hombre tiene en sí mismo sangre, pituita [flema], bilis amarilla y bilis negra: estos elementos constituyen la naturaleza del cuerpo, y por causa de ellos se está enfermo o sano. Se goza de una salud perfecta cuando están mutuamente proporcionadas sus propiedades y cantidades, así como cuando la mezcla es completa. Por el contrario, se enferma cuando alguno de los elementos se separa en mayor o menor cantidad en el cuerpo y no se mezcla con todos los demás.⁴⁶

Esta teoría humoral recibió influencia de la noción de *physis* de la filosofía presocrática. Empédocles había explicado que, en el universo, todo fenómeno natural resulta de la mezcla de cuatro elementos (agua, fuego, aire y tierra) eternos e indestructibles. Para la medicina hipocrática, la naturaleza humana está constituida por cuatro humores, así fue como irrumpió la idea de la existencia de dos pares de humores como elementos activos del cuerpo humano. Cada par con características opuestas: sangre y bilis negra, flema [pituita] y bilis amarilla.

Cada humor posee cualidades de los elementos de la *physis* (aire, tierra, agua y fuego). La sangre (aire) es caliente, seca, y aumenta en primavera; la bilis negra (tierra) es cálida, húmeda y aumenta en otoño; la flema (agua) es fría, húmeda y aumenta en invierno, y la bilis amarilla (fuego) es fría, seca y aumenta en verano.⁴⁷ En suma, esta teoría contiene dos postulados: a) el cuerpo humano

⁴⁵ Pedro Laín Entralgo, P, "Capítulo 4. El conocimiento científico de la enfermedad", *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1978. p. 93.

⁴⁶ Hipócrates, "Sobre la naturaleza del hombre", en *Tratados hipocráticos Volumen VIII*, [Introducciones, traducciones y notas por Jesús de la Villa Polo, María Eugenia Rodríguez Blanco, Jorge Cano Cuenca, Ignacio Rodríguez Alfageme], Madrid, Gredos, 2003, pp. 36-37 [§ 4].

⁴⁷ Gargantilla, Pedro, *Manual de Historia de la Medicina... op. cit.*, pp. 88-89.

contiene cuatro humores o líquidos; b) la salud resulta del equilibrio entre ellos y la enfermedad es el predominio de alguno de ellos sobre los demás. A decir de Dubos, Hipócrates constituyó un punto de ruptura en el desarrollo de la ciencia en general, y de la medicina en particular,⁴⁸ pues se adentró en una concepción dinámica y racional de la enfermedad como una totalidad. La enfermedad es una perturbación del equilibrio humoral que afecta al ser humano en su totalidad.⁴⁹

Bajo esta concepción del cuerpo como un conjunto de elementos o principios, la salud y la enfermedad no resulta de la voluntad caprichosa o de la cólera punitiva de alguna de las divinidades, sino de la mezcla armoniosa o no de los elementos. Conociendo la manera como operan los principios que constituyen la naturaleza humana, así como sus mezclas, el ser humano tiene la oportunidad de influir en su propia salud. Esta concepción nuevamente recobró importancia en las épocas moderna y contemporánea, cuando el desarrollo de la medicina moderna tuvo como su eje básico conocer el funcionamiento del cuerpo humano.

De acuerdo con Dubós, Higia y Asclepio (Asclepio para los griegos o Esculapio para los romanos), representan la salud y la enfermedad respectivamente. El culto a Higia, una personificación de Atenea, diosa de la sabiduría, destaca que la salud resulta de que los seres humanos gobiernen su vida con sabiduría. Por el contrario, en el culto a Asclepio la salud deriva de su restauración mediante la acción médica para tratar la enfermedad.⁵⁰ Las ponderaciones de Higia y Asclepio fueron diferentes. La salud o bienestar tiende a ser asociada con la “normalidad” y, por ende, pasa inadvertida. El culto a Higia tendió a olvidarse. En cambio, el culto a Asclepio alcanzó gran notoriedad.

Los mitos de Higia y Asclepio representan la oscilación entre dos enfoques que subsisten actualmente. Por una parte, la salud pertenece al orden natural de las cosas y a la que los seres humanos acceden si gobiernan sus vidas con sabiduría. Por el contrario, la salud resulta de la intervención del médico al tratar las enfermedades. Hoy en día, la medicina otorga menor importancia a la conservación de la salud en comparación con su recuperación. La medicina

⁴⁸ René Dubos, *El espejismo de la salud... op. cit.*, p. 150.

⁴⁹ Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1971, p. 18.

⁵⁰ René Dubos, *El espejismo de la salud... op. cit.*, pp. 144-146.

moderna emergió con el espíritu animado por la enfermedad más que por la salud.

Otra idea de enfermedad corrió a cargo de Galeno, médico y filósofo romano. Para Laín Entralgo, la concepción de Galeno posee una triple estructura: las causas que la determinan, el padecimiento de las funciones vitales y los síntomas. Con base en la causa aristotélica, Galeno estableció tres momentos: causa externa o mediata, causa interna o dispositiva y causa conjunta o inmediata. La causa externa sólo produce enfermedad cuando el individuo es sensible. La causa interna consiste en la constitución del individuo que colabora en la creación de la enfermedad y la conjunción de ambas da lugar a la enfermedad.⁵¹ En la Grecia clásica hubo dos concepciones de la enfermedad: la mágica-religiosa y la visión naturalista con tendencia a una incipiente explicación “protocientífica”.

1.2 Progreso y práctica médica en la Grecia clásica

Para la cultura occidental, la idea de progreso se ha vinculado al cambio civilizatorio. A pesar de que dicha idea inició su configuración en el siglo XII y se consolidó en la época de la Ilustración, hay improntas de ella desde tiempos ancestrales. En el pensamiento mítico griego y en las obras platónica y aristotélica, encontramos esbozos de la idea de progreso. A juicio Bury, dicha idea ha dirigido e impulsado la civilización occidental.⁵² En el relato mítico de Prometeo que roba el fuego de los dioses para otorgarlo al hombre, está implícita esa idea, ligada a la idea de libertad, para lograr un mayor dominio del hombre sobre la naturaleza.

La presente investigación busca explicar la relación entre la incipiente idea de progreso, presente en el pensamiento griego clásico, y su propia concepción de salud. Es indudable que en dicha época la salud o la enfermedad era atribuida a la acción benéfica o no de la divinidad, representada por un extenso panteón. Sin embargo, no todo el acontecer griego fue dejado en manos de las deidades, sino que los propios miembros de la *polis*, en su anhelo por alcanzar la felicidad, emprendieron acciones tanto en la vida privada como en la vida pública.

⁵¹ Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina... op. cit.*, pp. 103-104.

⁵² John Bagnell Bury, *La idea de progreso... op. cit.*, p. 9.

Con respecto a qué debemos entender por progreso, Bury señaló que el fundamento de tal idea supone que la humanidad ha avanzado en el pasado, en el presente y se espera que avance en el futuro. La idea de progreso concibe al ser humano marchando en una dirección definida, unilineal, deseable y permanente. Es así como la humanidad avanza sin interrupciones hacia su perfeccionamiento.

La idea de progreso está ligada a la de desarrollo, perfeccionamiento o avance. Sin embargo ¿qué significa avanzar? De acuerdo con el sociólogo estadounidense Robert Nisbet existen al menos dos respuestas relacionadas pero distintas. Algunos conciben el progreso como un proceso, como un perfeccionamiento lento y gradual del saber. La otra forma de concebirlo está relacionada con la situación moral o espiritual de los seres humanos y su capacidad de liberarse del tormento que le inflige la naturaleza, es decir, el progreso consiste en el desarrollo de las virtudes morales o espirituales.⁵³ Por su parte, los griegos relacionaron dicha idea de progreso con la justicia, el conocimiento y la felicidad.⁵⁴

En la Grecia clásica, la salud estaba relacionada con otros conceptos cuyas manifestaciones tenían lugar en la vida privada y en la vida pública. Platón y Aristóteles participaron en la configuración del ideal de la vida griega. La aspiración a la vida buena es una dimensión griega primordial que guarda cierta similitud con lo que, siglos más tarde, se llamará progreso. Hay que tomar en cuenta la importancia de lo público en el mundo griego. El Estado (*polis*) fue la entidad básica que atravesó todo el acontecer griego, en el cual la salud formó parte de su desarrollo.

En su preocupación sobre las condiciones que debe reunir un Estado ideal, Platón delineó la organización de un Estado justo. Por justicia, Platón se refirió a la excelencia humana,⁵⁵ la excelencia del alma que cumple con las funciones que solamente ella puede realizar, tales como prestar atención, gobernar, deliberar y,

⁵³ Robert Nisbet, *Historia de la idea de progreso* [Traducción de Enrique Hegewlcz], Barcelona, Gedisa, 1991, pp. 20-21.

⁵⁴ John Bagnell Bury, La idea de progreso [Traducido de *Literature of Liberty*, vol. II, Nº 1, enero/marzo 1979], *Revista Libertas: 5* (Octubre 1986) Instituto Universitario ESEADE, www.eseade.edu.ar, p. 1 (la numeración de páginas es mía).

⁵⁵ Platón, "República", en *Diálogos IV* [Introducción, Traducción y notas por Conrado Eggers Lan], Madrid, Gredos 2008, p. 71. [§ 335c].

por encima de todo, la posibilidad de vivir bien.⁵⁶ Para él, existe una justicia propia del Estado y una propia del individuo. Sin embargo, es preciso buscar primero la del Estado y después inspeccionarla en el individuo. El Estado emerge cuando el individuo no alcanza a autoabastecerse y necesita de los demás.⁵⁷

Un Estado sano y pequeño está formado por productores y será suficiente para abastecer los productos que satisfagan las necesidades de una población. Ese Estado que emergió sano, pronto se corrompe y enferma debido a la emergencia de nuevas necesidades derivadas de la vida disipada, el lujo, la avaricia y la comodidad, teniendo que satisfacer nuevas necesidades e incorporar a nuevos servidores. En consecuencia, se hará necesaria la ampliación del Estado hacia territorio vecino y ello derivará en la guerra.⁵⁸ La descripción de una *polis* pequeña y austera le sirve de ejemplo a Platón para articular el Estado con la justicia. Así, un Estado sano estaría relacionado con la justicia y, por el contrario, un Estado que se ha tornado más diverso y complejo se relaciona con la injusticia.

En la conformación de un Estado justo, Platón incorporó un conjunto de conceptos emparentados entre la vida privada y la vida pública, es decir, su pensamiento político se fundamentó en la ética. Este filósofo afirmó que la justicia es condición para la felicidad,⁵⁹ la cual consiste en practicar una vida virtuosa y sabia⁶⁰ y, por ende, el hombre justo vivirá bien; y el injusto, desdichado e infeliz.⁶¹ Pero no sólo consideró a la justicia como una virtud, sino como fundamento de la constitución de la *polis*. Para Platón, la aspiración individual y colectiva hacia la justicia es de suma importancia, pues es condición para la felicidad.⁶²

La propuesta de edificación de la *polis* perfecta contiene, como elemento nuclear, la aspiración a la vida buena. Ello significa la práctica de una vida virtuosa centrada en la sabiduría o prudencia, la valentía y la moderación, todas ellas coronadas por la justicia como virtud fundante, es decir, la virtud que le da cohesión al resto de las virtudes. La vida buena o virtuosa habrá de realizarse en

⁵⁶ *Ibid.*, p. 101. [§ 353d].

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 121-122. [§ 369a-d].

⁵⁸ *Ibid.*, pp. 126-127. [§ 372].

⁵⁹ *Ibid.*, p. 116. [§ 365c].

⁶⁰ *Ibid.*, p. 347. [§ 521a].

⁶¹ *Ibid.*, p. 102. [§ 354a].

⁶² *Ibid.*, p. 116 [§ 365c].

los ámbitos de la vida privada y en la vida pública. Habrá justicia cuando haya equilibrio entre las partes que conforman el alma y cuando haya equilibrio entre las personas que conforman la *polis*. Sin un buen orden del alma no es posible la salud humana; la virtud, la salud y la templanza constituyen una unidad.⁶³

Platón introduce la justicia no sólo como una noción que permitirá a la *polis* librarse de los males que la aquejan, sino también como un elemento nuclear en la aspiración utópica de edificación del Estado ideal o perfecto. Tanto para el individuo como para la *polis*, la justicia es un estado de armonía, equilibrio y organización. Sin embargo, para contar con buenos ciudadanos y buenas sociedades, un elemento primordial es la educación, la cual debe estar a cargo del Estado y los maestros han de ser los más sabios. La justicia se erigió como el fundamento para la edificación del Estado perfecto que incluye la aspiración griega a la vida buena, aquella que atiende no sólo a las necesidades materiales sino también a las espirituales.

Desde otra perspectiva, para Aristóteles, todas las disposiciones naturales del hombre están orientadas para desarrollarse de acuerdo con un *telos* o fin que se constituye en la ley del desarrollo de la naturaleza. De esta manera, el estagirita afirmó:

“...toda acción y libre elección parecen tender a algún bien; por esto se ha manifestado, con razón, que el bien es aquello hacia lo que todas las cosas tienden...”⁶⁴

Aristóteles establece la diferencia entre actividades y obras, es decir, entre los medios y los fines, siendo preferentes los últimos sobre los primeros. Sostuvo que el bien supremo del ser humano es la felicidad. Consideró que la felicidad es aquello que se aprecia por sí misma como un fin y no como un medio. Aristóteles afirmó que todos necesitamos la felicidad, pero discrepamos en cuanto al concepto y el mejor medio para alcanzarla. Este autor sustentó:

⁶³ Platón, “Filebo” en *Diálogos VI* [Traducciones, introducciones y notas por María Ángeles Durán y Francisco Lisi], Madrid, Gredos 2008, p. 117 [§ 63e].

⁶⁴ Aristóteles, *Ética a Nicomaco. Ética Eudemia* [Introducción por Emilio Lledó Íñigo, Traducción y notas por Julio Palli Bonet], Madrid, Gredos, 1985, p. 129 [§ 1094a].

“...es la felicidad [...] lo más deseable de todo, sin necesidad de añadirle nada; [...] Es manifiesto, pues, que la felicidad es algo perfecto y suficiente, ya que es el fin de los actos”.⁶⁵

A la felicidad la elegimos por ella misma y nunca por otra cosa, pues la consideramos como algo que se basta a sí misma y constituye todo lo deseable en la vida, es decir, un fin completo no subordinado a ningún otro. Sin embargo, resulta plausible preguntarnos cómo se accede a ella. La manera de alcanzarla consiste en vivir de acuerdo con lo que le es propio. Esto implica no reducirse a la vida sensitiva, pues ésta también es común a las plantas. La actividad propia del hombre y del hombre bueno es una actividad del alma. Según este filósofo:

“...la felicidad es una actividad del alma de acuerdo con la virtud perfecta.”⁶⁶

“La felicidad perfecta es una actividad contemplativa”.⁶⁷

Dentro de las actividades humanas, la contemplación es la más elevada de todas. La finalidad de la existencia humana es vivir conforme a la razón o conforme a la virtud. En este aspecto, Aristóteles coincide con Hesiodo, para quien “El mejor de todos los hombres es el que por sí mismo comprende todas las cosas”.⁶⁸ En consecuencia, la actividad propia del hombre es la vida buena o virtuosa que es vivir conforme a la razón o la inteligencia. Para este autor, existe un estrecho vínculo entre la salud y la tesis de la recta acción y la moderación, según las cuales, la virtud es un hábito equilibrado entre los extremos viciosos del defecto y del exceso. Por ejemplo, el defecto o el exceso de comida y bebida se encargarán de arruinar la salud. La actuación mesurada tiende al establecimiento del justo medio, pues está en la naturaleza de las cosas el destruirse ya sea por defecto o por exceso.⁶⁹ Al referirse a la felicidad, el estagirita declaró:

⁶⁵ *Ibid.*, p. 141 [§ 1097b15].

⁶⁶ *Ibid.*, p. 153 [§ 1102a5].

⁶⁷ *Ibid.*, p. 399 [§ 1178b5].

⁶⁸ *Ibid.*, p. 133 [§ 1095b10].

⁶⁹ *Ibid.*, pp. 160-161. [§ 1104a5-25].

La felicidad [...] es lo mejor, lo más hermoso y lo más agradable, y estas cosas no están separadas como en la inscripción de Delos: *Lo más hermoso es lo más justo; lo mejor, la salud; pero lo más agradable es lograr lo que uno ama*, sino que todas ellas pertenecen a las actividades mejores; y la mejor de todas éstas decimos que es la felicidad.⁷⁰

Para Aristóteles, la felicidad llega a través de la actividad virtuosa acorde con el ejercicio de la razón; recomienda llevar una vida habituada a la virtud, pues ésta es el elemento más eficaz para gobernar la felicidad, es decir, la habituación a la virtud consiste en la educación práctica en el arte de la vida. La regla básica consiste en el justo medio.

Para la sociedad griega, la salud fue un bien apreciado, pues sin salud no se podía acceder a la belleza.⁷¹ Las concepciones de cuerpo y salud-enfermedad fueron la base de acciones prácticas en medicina. Los ritos mágicos y/o religiosos se emplearon para combatir la enfermedad concebida como resultado de la magia o la religión. Según Laín Entralgo, mediante ritos mágicos, el sanador pretendía gobernar el curso de la naturaleza. En cambio, los rituales religiosos se dirigían a la divinidad para que ésta cesara el dolor o la enfermedad. Pero a menudo se mezclaban estas acciones. Las prácticas mágico-religiosas más comunes fueron: la plegaria; la catarsis; los cultos orgiásticos; la música o la danza; la terapéutica transferencial; la logoterapia mágica; la incubación; y la terapéutica astrológica.⁷²

Una práctica relativa a la salud fue el culto a Higia. Esta representaba la creencia de que los seres humanos podrían conservarse sanos si aprendían a vivir según el ideal de la vida griega, la virtud. Pero, a partir del siglo V a. C. el culto a Higia fue gradualmente suplido por el culto a Asclepio, el dios curador. Este culto alcanzó su cumbre hacia el año 500 a. C. en que se estima había más de trescientos templos.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 145. [§ 1099a25-30].

⁷¹ Gargantilla, P, *Manual de Historia de la Medicina... op. cit.*, p. 93.

⁷² Pedro Laín Entralgo, "Capítulo 4. El conocimiento científico de la enfermedad", *Historia de la medicina... op. cit.*, pp. 53-55.

En la antigüedad griega también existió la idea de la enfermedad como un proceso natural. La concepción griega de la enfermedad como fenómeno natural tuvo influencia egipcia. Pérez Tamayo aclara que, en la antigüedad, no había una separación entre magia, religión y medicina. Un mismo personaje asumía dos o las tres funciones de las categorías señaladas, según las características de la enfermedad a la que se enfrentaba.⁷³

Para Laín Entralgo, la creación de los conceptos: *physis* (naturaleza) y *tekhne* (arte), fueron fundamentales para que, alrededor del año 500 a. C., la medicina empírica-mágica se convirtiese en medicina técnica. La *physis* es el principio genético (lo que nace, brota o crece) y el fundamento real de todo el universo. Así, tomando en cuenta que el universo es eterno, y puesto que la inmortalidad es privilegio de la divinidad, la *physis* será racionalmente considerada como “lo divino”. Por otra parte, el oficio de curar puede convertirse en una *tekhne*, es decir, en medicina técnica. La medicina técnica se desplegará sobre la idea de la *physis* y el conocimiento científico de ésta.⁷⁴

Con base en el concepto de *physis*, los médicos de las escuelas de Crotona, Cnido y Cos, inauguraron una medicina fundada en la ciencia natural presocrática. Hipócrates se erigió en la figura representativa de la época, de ahí que esta práctica médica sea llamada “medicina hipocrática”. Alcmeón de Crotona fue el iniciador de la visión fisiológica o precientífica en la práctica médica y sus principios fueron seguidos por la escuela hipocrática y también por Galeno durante el siglo II d. C. El saber técnico griego se extendió al Imperio Romano a través de Galeno.⁷⁵ Así fue como la práctica médica buscó una base científica.

Afirma Laín Entralgo que, desde Hipócrates hasta Galeno, el médico hipocrático se concibió a sí mismo como un “servidor de la naturaleza” que trataba de alcanzar: la salvación, la salud, el alivio de las dolencias y el buen aspecto del enfermo. Los principios del tratamiento hipocrático fueron: a) favorecer, o al menos no perjudicar; b) abstenerse de lo imposible o no actuar cuando la enfermedad parece ser mortal, es decir, respetar el designio de la divina y

⁷³ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, pp. 71-72.

⁷⁴ Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina...* *op. cit.*, pp. 55-59.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 103.

soberana *physis*; c) atacar la causa del daño. La práctica médica estuvo conformada por cinco momentos relacionados entre sí: la realidad del enfermar, el diagnóstico, la terapéutica, la relación medicina-sociedad y la ética médica.⁷⁶

En cuanto a la realidad de enfermar, agrega Laín Entralgo, hay una actitud de conocer la enfermedad y la historia de la enfermedad. Respecto al diagnóstico (*diagignóskei*: “conocer acabadamente”), el médico hipocrático se empeñó en determinar si el sujeto estaba o no enfermo mediante un método que incluía la exploración sensorial (*aísthesis*), la comunicación verbal (*logos*) y el razonamiento (*logismós*). Las metas diagnósticas incluían descripción, explicación y establecimiento de un pronóstico. La terapéutica se orientó hacia la farmacoterapia, la dietética y la quirúrgica.⁷⁷

La farmacoterapia incluyó la noción de *phármakon* con su doble sentido de medicamento y veneno. El concepto de *phármakon* comprendía alimentos, purgantes, algunos vegetales, pociones, polvos, pomadas, enemas, fomentos, pesarios, etc. El principio atribuido al *phármakon* fue la acción de una fuerza externa a la *physis* del enfermo. Respecto a la dietética, fue entendida como un régimen total de la vida. La dieta serviría tanto para el tratamiento de la enfermedad como para conservar la salud y mejorar la naturaleza del hombre. Respecto a la cirugía, ésta fue principalmente restauradora (fracturas, heridas) y evacuante (abscesos, empiemas).⁷⁸

De acuerdo con Laín Entralgo, otros de los momentos de la práctica médica fueron la relación medicina-sociedad y la ética médica. Respecto a la primera, los médicos adquirieron gran prestigio al convertir dicho saber en un arte y una ciencia. La práctica médica fue una actividad social libre, la enseñanza de dicho saber se impartía en varias “escuelas médicas” como las de Cirene, Crotona, Rodas, Cnido y Cos. Los jóvenes eran instruidos previo *juramento hipocrático*, aunque había médicos formados bajo su propia experiencia personal.

En consecuencia, los misterios órficos y los *corpus* pitagórico, platónico y aristotélico, dan testimonio de la preponderancia del alma sobre el cuerpo que

⁷⁶ *Ibid.*, pp. 109-111.

⁷⁷ *Ibid.*, pp. 111-119.

⁷⁸ *Ibid.*, pp. 123-124.

prevaleció en la Grecia clásica. Respecto a la salud-enfermedad, la idea predominante tuvo un carácter mágico-religioso, es decir, derivó de la acción sobrenatural de alguna deidad sobre una persona. La práctica médica consistió en ritos mágicos y religiosos a efecto de suspender la acción divina para recuperar la salud. Asimismo, la teoría humoral de la enfermedad representa el primer esbozo que explica la enfermedad como un proceso natural o protocientífico.

La salud tuvo gran importancia para los griegos, formaba parte de la vida buena o la vida virtuosa. La salud humana se encuentra inscrita en el desarrollo armónico y equilibrado de la vida buena, es decir, la salud y la perfección humana son conceptos que coinciden, pues consisten en vivir en equilibrio armónico. Esta, a su vez, estaba articulada con la justicia como virtud fundamental en la vida privada y en la vida pública. Alcanzar la justicia fue la condición de posibilidad para la felicidad. No obstante la referencia a alcanzar la vida buena, la justicia y la felicidad en el ámbito de la vida privada, el mundo griego giró en torno a la vida pública de la *polis*. La aspiración a la vida buena se encuentra inscrita en una incipiente idea de progreso, ello a pesar de que el progreso está ligado al futuro y de que la idea del tiempo entre los griegos fue básicamente cíclica.

En la Grecia clásica, la jerarquía de la mente sobre el cuerpo, el origen sobrenatural de la enfermedad, las acciones sanadoras mágico-religiosas y la aspiración a la vida buena o Estado ideal, formaron parte sustantiva de su pensamiento. En cuanto a la terapéutica, no deja de sorprender que la noción de *phármakon* desde la antigüedad clásica consideró su doble efecto, como medicamento y como veneno. Esta concepción tiene sentido y conserva su vigencia en la época contemporánea, pues los medicamentos ocupan un lugar importante en los procesos de medicalización.

2 Cuerpo, salud-enfermedad, progreso y práctica médica en la Edad Media y el Renacimiento

2.1 Cuerpo y salud-enfermedad en la Edad Media y el Renacimiento

La confluencia del cristianismo con la cultura griega dio lugar a una estrecha interacción entre cristianismo y filosofía. Durante la Edad Media, algunos filósofos

como Agustín de Hipona y Tomás de Aquino procuraron sustentar y justificar racionalmente las creencias cristianas. La filosofía platónica fue recuperada y reformulada por Agustín. De igual forma, algunas tesis aristotélicas fueron recuperadas por Aquino. Unos de los temas centrales que interesaron a estos últimos fueron Dios, el alma y la relación alma-cuerpo.

Con respecto al alma, la filósofa Tamara Saeteros precisa que, a su vez, Agustín afirmó que el ser humano percibe signos de su alma espiritual cuyo origen es Dios y que el alma ha sido hecha por el soplo de Dios. Agustín se pronuncia en favor de un creacionismo del alma, como una sustancia dotada de razón destinada a regir al cuerpo, es decir, le corresponde al alma mandar sobre el cuerpo y a éste, cumplir con las pretensiones del alma.⁷⁹ Las facultades del alma son: la memoria, la inteligencia y la voluntad. Mediante la memoria el ser humano se recuerda a sí mismo y, a partir del recuerdo de lo pasado, puede prever hechos futuros para desearlos o desdeñarlos. A través de la inteligencia, un don concedido por Dios, se comprende lo justo de lo injusto y se distingue lo verdadero de lo falso. Además, la inteligencia se debe emplear para llegar a Él, mas no para enorgullecerse. Finalmente, la voluntad le fue otorgada al ser humano para elegir, pues la voluntad es una condición necesaria para la libertad. De estas tres realidades del alma se derivan todas las obras realizadas por el ser humano.⁸⁰

Saeteros afirma que Agustín señaló la tendencia natural del alma de gobernar a un cuerpo difícil de conducir porque constantemente tiende hacia lo bajo, es decir, hacia la satisfacción de sus apetencias lascivas. No obstante, el día de la resurrección, el cuerpo será convertido en terreno celestial y experimentará la perfecta armonía de sus partes que Dios le proporcionará, para alcanzar la perfección, obediencia y diligencia. Los esfuerzos de Agustín por elevarse a través del alma a Dios no son sólo esfuerzos intelectuales o filosóficos.

Las ascensiones agustinianas tienen un fuerte componente ascético y vivencial, en donde el ejercicio ascético consiste en la negación de las apetencias de la carne. Para elevarse, el ser humano ha de adentrarse en sí mismo, en un

⁷⁹ Tamara Saeteros Pérez, "Por mi alma subiré a Dios. El concepto de alma de san Agustín de Hipona", *Civilizar* 13 (25): 189-210 julio-diciembre de 2013, pp. 190-191.

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 192-194.

movimiento horizontal de recogerse desde afuera, y uno vertical, de ascender desde dentro. Concluye con lo señalado por Agustín, respecto a que el ser humano tiene dos vidas: la vida del cuerpo y la vida del alma. La vida del cuerpo es el alma y la vida del alma es Dios. El cuerpo muere si el alma lo abandona y el alma muere si Dios la desampara. Este último caso no se da por voluntad divina sino por la voluntad humana al incurrir en pecado grave derivado de su libertad de elegir.⁸¹

Otra de las concepciones sobre el cuerpo corrió a cargo de Tomás de Aquino. Su reflexión recibió influencia aristotélica, en especial en lo relativo a la idea de que el ser humano es un compuesto hilemórfico de cuerpo y alma. No obstante, que Aquino se adhiere a la idea cristiana de la inmortalidad del alma, y dicha idea nunca estuvo definida con claridad en Aristóteles, como lo apuntó el filósofo mexicano Mauricio Beuchot.⁸² Aquino amplió la diada materia-forma aristotélica a la esencia y la existencia o ser. La primera comprende la materia y la forma, y la segunda completa, perfecciona y actualiza a la primera como cosa existente.

Beuchot aclara que, entre los estudiosos de la relación entre cuerpo y alma en la obra de Aquino, existen dos interpretaciones. Una señala que dicha relación es la unión de dos entidades no-sustanciales que al reunirse conforman una sustancia. La otra interpretación establece la unión entre dos sustancias incompletas, que reunidas constituyen una sustancia completa. La primera interpretación parece más unitaria y resguarda el hilemorfismo aristotélico en que se basó Aquino. Sin embargo, según Beuchot, la segunda es la correcta y la más coherente con la teología tomista, además de que no pierde el hilemorfismo. La segunda interpretación se apoya en que, para Aquino, el cuerpo humano es una sustancia incompleta que funciona como una materia prima, es decir, no constituye una sustancia independiente o autónoma por completo.⁸³

⁸¹ *Ibid.*, pp. 199-201.

⁸² Mauricio Beuchot, *Cuerpo y alma en el hilemorfismo de Santo Tomás*, *Revista Española de Filosofía Medieval*, 1993, p. 39.

⁸³ Mauricio Beuchot, "Reflexiones en torno a las relaciones alma-cuerpo en Santo Tomás de Aquino", en Benítez, Laura y Robles, José A [Comp.], *El problema de la relación mente-cuerpo*, México, IIF - UNAM, 1993, p. 13-14.

La concepción de alma y cuerpo como sustancias incompletas es consecuente con el hilemorfismo. Una vez que se reúnen, quedan compenetradas a la perfección en una sustancia completa y no desligadas como entidades inconexas. Esta unión de ambas sustancias incompletas da lugar a la formación de una sustancia completa, esto es, el hombre individual y concreto. Esta interpretación le confiere cierta autonomía al alma en relación al cuerpo, de manera que ésta pueda subsistir luego de la descomposición del compuesto. Beuchot señala que la concepción del alma y el cuerpo como sustancias incompletas ha dado lugar a interpretaciones polémicas dentro del propio tomismo, pues para algunos esto ha sido considerado un desatino.⁸⁴

Los medievalistas franceses Jacques Le Goff y Nicolas Truong afirmaron que, bajo la influencia del pensamiento cristiano, la civilización medieval es el resultado de una serie de tensiones: entre Dios y el hombre, entre la razón y la fe, entre el cuerpo y el alma, así como al interior del propio cuerpo. El cuerpo cristiano medieval se encuentra atravesado por la oscilación entre el rechazo y la exaltación, entre la humillación y la veneración.⁸⁵ Por paradójico que parezca, en la Edad Media el cuerpo se convierte en el corazón de la sociedad, es decir, el cuerpo es la sede en la que tienen lugar una de las tensiones generadoras de la dinámica occidental. Le Goff y Truong declararon:

“De un lado, la ideología del cristianismo convertido en religión de Estado reprime el cuerpo, y del otro, con la encarnación de Dios en el cuerpo de Cristo, hace del cuerpo del hombre «el tabernáculo del Espíritu Santo»”.⁸⁶

Por una parte, el clero se encarga de reprimir las prácticas corporales y, por otra, el cuerpo es glorificado. En la Edad Media, tiene lugar la instalación de un cristianismo atormentado por la cuestión sobre el cuerpo, a su vez, reprimido y glorificado, rechazado y exaltado. En ella tuvo lugar la depreciación de lo corporal. Una forma de representar simbólicamente el carácter de la civilización del

⁸⁴ *Ibid.*, pp. 23-24.

⁸⁵ Jacques Le Goff, J. y Nicolas Truong, *Una historia del cuerpo en la Edad Media* [Traducción de Josep M. Pinto], Paidós, Barcelona, 2005, pp. 12-14.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 31.

occidente medieval es la tensión entre la Cuaresma y el Carnaval. La Cuaresma es el período de preparación para la Pascua de Resurrección, caracterizada por ser un período de ayuno. La oposición a ese período se expresa en el Carnaval, el cual realmente se estableció en el siglo XII, y se trata de una verbena popular caracterizada por la exaltación de la comida, los excesos, bailes y otros regocijos bulliciosos. Mijail Bajtin afirmó que la Cuaresma se emparenta con la tristeza medieval, en tanto que el Carnaval simpatiza con la risa y el Renacimiento.⁸⁷

Al final de la Edad Media y durante el Renacimiento, la mirada de los anatomistas constituyó un nuevo aporte para la interpretación del cuerpo. La disección anatómica se convirtió en un recurso extraordinario para estudiar el cuerpo y para conocer su estructura cada vez con mayor precisión. Al colocar la mirada sobre el cadáver humano, los anatomistas contribuyeron a la configuración de un cuerpo que ulteriormente, en la modernidad, se consolidó como un objeto de conocimiento. El conocimiento médico inauguró una nueva discusión sobre el cuerpo, cuyos límites no se redujeron al ámbito de la medicina sino que trascendieron a otros discursos como la filosofía.

Por otra parte, para el filósofo hispano-mexicano Luis Villoro, en el Renacimiento se inauguran dos temas que se desarrollarán a plenitud en la modernidad: el hombre como transformador del mundo gracias a su acción y a su conocimiento; y la historia como expresión de la naturaleza del hombre y producto de su práctica. Tales temas irrumpen debido al cambio en el pensamiento del hombre y su posición en el mundo. El hombre se concibe como un individuo, en actividad libre, enfrentado a órdenes no humanos como la naturaleza y la fortuna, a los que domina y transforma. Tal idea está en sintonía con la concepción del alma y sus acciones en el conocimiento, esto es, inicia el cambio de una concepción de alma como sustancia a la concepción del alma como sujeto.⁸⁸

En el Renacimiento tiene lugar un punto de quiebre en la concepción del alma, la cual encontró su consolidación en la Modernidad. Sin renunciar a la concepción dual del ser humano, el alma como sustancia primera, como causa

⁸⁷ *Ibid.*, pp. 54-55.

⁸⁸ Luis Villoro, *El pensamiento moderno. Filosofía del Renacimiento*, México, Fondo de Cultura Económica - El Colegio Nacional, 1992, pp. 68-69.

intrínseca que anima al cuerpo, deja de ser indispensable para explicar y fundamentar el funcionamiento del cuerpo, es decir, el alma tiende a ser concebida como sujeto. Este cambio incipiente de concepción encontró más tarde su sedimentación en la reflexión de Descartes sobre la *res cogitans* y la *res extensa*.

Agrega Villoro que, para el cristianismo, era importante defender la creencia en la inmortalidad del alma individual. Para ello era preciso concebirla como una sustancia separada del cuerpo, a la manera que lo hizo el platonismo. Para Marsilio Ficino, alma y cuerpo constituyen dos sustancias distintas y separables. Además, la destrucción del cuerpo no condiciona la desaparición del alma. Así, la inmortalidad se deriva de las funciones del alma, pues el alma es actividad, unidad y centro del universo en que se condensan las fuerzas de todo. El alma juega un papel activo en el conocimiento, su labor más importante es la síntesis de lo diverso, pues la síntesis no está dada por el objeto mismo. Así, el juicio es resultado de la actividad unificadora del alma, la cual se revela en su facultad superior: el intelecto. Por tanto, la actividad del intelecto es infinita y, de la actividad infinita del intelecto deduce Ficino la inmortalidad del alma.⁸⁹

La Edad Media y el Renacimiento fueron períodos muy importantes en los que se debatieron las concepciones sobre lo humano, especialmente en lo que respecta a la diada cuerpo y alma. La reflexión teórica sobre estas dos entidades marcaron el rumbo de nuestro presente. El cuerpo, que había permanecido al margen de los grandes temas a reflexionar durante la época clásica griega, sin abandonar por completo su descrédito tradicional, deja ese estado de ignominia y subestimación para colocarse en una posición más visible y próxima a la reflexión. La ambivalencia sobre la relación cuerpo y alma tuvo poca influencia sobre la teoría humoral de la enfermedad que prevaleció en la civilización occidental.

Con respecto a la salud-enfermedad, Pérez Tamayo sostiene que la explicación humoral de la enfermedad formulada en la época clásica griega, trascendió dicha etapa para mantenerse incólume hasta la Edad Media y el Renacimiento, aunque con enmiendas menores, y conservar su vigencia. No

⁸⁹ *Ibid.*, pp. 70-73.

obstante, dicha teoría fue objeto de denostaciones: la primera embestida que recibió está documentada en el propio *corpus hipocrático*. Aunque la crítica reconoce el vigor de la teoría humoral, el ataque se dirige a sus partes más vulnerables: su afán teorizante y su desapego a la realidad. La crítica señala la necesidad de observar a los enfermos y el contacto directo con la realidad, esto es, reconoce que la realidad es más compleja que el esquema de la teoría humoral.⁹⁰

A pesar de la crítica, la teoría humoral no solamente conservó su vigencia en cuanto a la explicación del proceso salud-enfermedad, sino que dejó sentir su influencia en otros ámbitos de la vida humana. A partir de la teoría humoral se construyó una tipología de la personalidad que resultó muy popular en la Edad Media. La personalidad del individuo se explicó debido a la predominancia de algún humor: la bilis negra en el melancólico, la bilis amarilla en el colérico, la flema en el sujeto libre de pasiones, aunque descuidado y perezoso, y la sangre en el individuo apasionado, aficionado a las mujeres y amigo de los deleites.⁹¹ Además, la teoría humoral coincidía con las estaciones del año, los cuatro vientos, los cuatro estados de la materia y los cuatro gustos; parte de su fuerza fue su adaptación a las necesidades humanas.⁹²

A pesar de la crisis de la *polis* griega clásica luego del triunfo macedonio, el pensamiento griego sobre la medicina resguardó su riqueza en el *corpus hipocrático*. Así, la medicina se mantuvo a salvo desde el embate del Imperio Romano hasta el Renacimiento. En la medicina de los siglos II y III d. C. la figura más notable fue Galeno, médico romano avezado en filosofía. La medicina occidental de los siglos posteriores recibió gran influencia de Galeno, seguidor de la medicina hipocrática. A decir de Laín Entralgo, la nosología galénica resultó de la elaboración de la vieja y aún imprecisa visión hipocrática de la enfermedad,

⁹⁰ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, pp. 115-117.

⁹¹ Erasmo de Rotterdam, *Enquiridión o Manual del Caballero Cristiano* [Traducción de Alonso Fernández de Madrid, estudio preliminar y notas de Andrea Herrán Santiago y Modesto Santo López], Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Valladolid, 1998, p. 79.

⁹² Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, pp. 118.

mediante una teoría que combinó los pensamientos platónico, aristotélico y estoico.⁹³ Según este médico hispano:

La “enfermedad” es para Galeno una disposición prenatal [...] del cuerpo [...]. La enfermedad de un hombre es siempre un estado de su cuerpo: fuera del cuerpo enfermo en el medio exterior o en el alma puede haber causas de enfermedad, mas no enfermedad propiamente dicha.⁹⁴

Para Galeno, las posibles causas naturales están constituidas por los efectos del alma, las cuales pueden actuar, en ciertas condiciones, como causa de enfermedad. Galeno abrió su teoría para concebir la enfermedad humana a la vez fisiopatológica y psicosomática.⁹⁵

Adiciona Laín Entralgo que la visión naturalista del mundo conduce a identificar el ser y la naturaleza humana, esto es, el ser del hombre consiste sólo en su propia naturaleza. Para Galeno, todo lo relativo a la vida moral humana cobró gran importancia, esto es, sus costumbres, pasiones y pecados, pues los humanos no nacen en contra o afines a la justicia, sino que llegan a ser lo que son debido a la composición humoral del cuerpo. Para Galeno, la vida moral fue competencia del médico; y el pecado, un desorden del alma humana relacionada con la forma como él define la enfermedad, esto es, una disposición prenatal de la naturaleza humana. Para Galeno, el pecador es, ante todo, un enfermo.⁹⁶

A decir de Pérez Tamayo, durante los siglos xv y xvi el concepto de enfermedad que predominó en Europa, y por ende en América, continuó siendo galénico debido al desequilibrio humoral. Sin embargo, durante el Renacimiento surgieron nuevos conceptos sobre la enfermedad. Para los siglos xvii y xviii, las nuevas concepciones se impusieron sobre la explicación humoral. La mayor parte de ellas tuvieron una vida efímera. En cambio, entre los siglos xvi y xviii, hubo tres

⁹³ Pedro Laín Entralgo, “Capítulo III. La decisión histórica: Galeno y la helenización del pensamiento médico cristiano”, en Laín Entralgo, Pedro, *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Ediciones Toray, 1961, p. 45.

⁹⁴ *Ibid.*, pp. 45-46.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 46.

⁹⁶ *Ibid.*, pp. 46-48.

teorías: la Iatroquímica, la Iatromecánica y el Animismo o Vitalismo, las cuales sobrevivieron con la fuerza suficiente para manifestarse hasta la época actual.⁹⁷

La Iatroquímica, fundada por Paracelso, concibió a la enfermedad como algo real en la que participan espíritus astrales y fuerzas corporales. Para explicar la enfermedad humana, este autor la equiparó al pasto o la hierba que crece sobre el suelo. La salud y la enfermedad son semillas que se llevan en el cuerpo, aunque ello no significa que se han de padecer todas las enfermedades.⁹⁸ Con el ascenso de la Iatromecánica y el Animismo, a mediados del siglo XVIII, la teoría Iatroquímica perdió impulso, ello aunado a su incapacidad para explicar con precisión los fenómenos naturales.

Aunque la Iatromecánica tuvo un impulso en el siglo XVIII, encabezado por Albrecht von Haller y Sprengel, fue fundada por Santoro Santorio alrededor de los siglos XVI y XVII. Dicha doctrina comparó el cuerpo humano con una máquina y buscó explicar su funcionamiento con base en principios físicos. Para mejorar la precisión médica, Santoro introdujo métodos cuantitativos, por ejemplo el termómetro o el cálculo de la transpiración. Sin embargo, dichos métodos no fueron empleados de inmediato sino ulteriormente. Los Iatromecánicos estudiaron el funcionamiento renal, la respiración y la circulación sanguínea, entre los principales sistemas. Algunos diferenciaron entre la teoría y la práctica de la medicina. Señalaron que la teoría es importante, pero cuando de aliviar a un enfermo se trata, es preciso echar mano de la experiencia.⁹⁹

Respecto al Animismo o Vitalismo, sus raíces son antiguas y parten del supuesto de la existencia real de elementos inmateriales, como el alma, en la configuración de los seres vivos, que ejercen control sobre sus actividades y poseen diversos grados de contacto con la divinidad. El concepto del alma juega un papel importante en el pensamiento occidental y su influencia en la concepción de la enfermedad fue patente. Georg Ernst Stahl, uno de sus miembros más importantes desarrolló la *Theoria medica vera*, según la cual el ánima es el principio supremo que imparte vida a la materia muerta, participa en la

⁹⁷ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, p. 175.

⁹⁸ *Ibid.*, pp. 176-177.

⁹⁹ *Ibid.*, pp. 184-190.

concepción, genera el cuerpo y lo protege. El anima actúa sobre el cuerpo y lo regula principalmente a través de la circulación sanguínea.¹⁰⁰

2.2 Progreso y práctica médica en la Edad Media y el Renacimiento

A juicio del filósofo hispano Carlos García Gual, una vez que la *polis* clásica entró en crisis a causa del desgaste político y social provocado por las constantes guerras, emergieron una serie de filosofías blindadas, orientadas a su utilidad inmediata para una vida feliz o eudaimonía, esto es, como caminos para la salvación en una sociedad que ha perdido su confianza en el filósofo.¹⁰¹ La *polis* a la que Aristóteles había considerado una entidad perfecta y definitiva, resultaba una entelequia en crisis, y ante ese desconcierto, dichos saberes no sólo enseñaban a pensar, sino también a vivir, es decir, esas filosofías de salvación asumieron tintes religiosos.

En medio de la crisis ateniense, epicureísmo y estoicismo surgen como sistemas filosóficos opuestos, pero que coinciden en postular la función de la filosofía, no como teoría sino como praxis personal para conseguir la felicidad a través de la verdadera libertad y el conocimiento auténtico pues, de acuerdo con dichas escuelas, sólo aquél que practica la filosofía con rigor ascético, puede ser de verdad dichoso y libre.¹⁰² Otras escuelas que tuvieron un gran impulso durante la época helenística¹⁰³ fueron: el cinismo, el escepticismo y el neoplatonismo. Dichas filosofías encontraron en el pensamiento religioso una fuerte competencia. Las filosofías helenísticas tuvieron una proyección acotada y algunas, como el estoicismo, tendieron a desarrollarse entre las élites aristocráticas minoritarias.

Frente a la crisis política y social, el cristianismo abrió la posibilidad de que, pase lo que pase en la vida terrenal, hay una esperanza de una vida ultramundana mejor. El cristianismo universalizó la esperanza de la salvación, rompiendo así con la jerarquización social pues, ante Dios, todos los seres humanos son iguales. Un

¹⁰⁰ *Ibid.*, pp. 207-213.

¹⁰¹ Carlos García Gual, C, y María Jesús Ímaz, *La filosofía helenística. Éticas y sistemas*, Madrid, Síntesis, 2007, p. 10.

¹⁰² *Ibid.*, p. 30.

¹⁰³ Helenismo o época helenística es la denominación que se ha dado a la expansión de lo griego como elemento civilizador a partir del año 323 a. C., en que muere Alejandro Magno.

amplio sector de la sociedad, cada vez más numeroso, se sintió atraído por ese mensaje pues, a través de la fe, se podía acceder al Dios cristiano. Esa es la base del credo cristiano. Mientras que en la *polis* clásica la filosofía mantuvo una tensa relación con el poder político, el cristianismo emergió como una fuerza muy poderosa mucho más fácil de articularse con dicho poder.

En contra de la valoración que se suele hacer del cristianismo y de la Edad Media en la cual se desplegó con gran fuerza dicha religión, una época habitualmente calificada como oscura que merece dejarse de lado, para el filósofo protorromántico alemán Friedrich Schlegel:

“...el deseo revolucionario de realizar el reino de Dios es el punto elástico de toda la cultura progresista y el comienzo de la historia humana.”¹⁰⁴

Para este autor, a partir del cristianismo todo el desarrollo es progresista porque mundanizó progresivamente la teología de la historia. Sin duda alguna, la confianza en alcanzar la plenitud en el futuro se había ido perdiendo gradualmente, pero se mantuvo la visión hacia el futuro y hacia una condición de plenitud indeterminada.¹⁰⁵

En oposición al consenso que le ha negado al cristianismo toda visión de progreso para la humanidad, Nisbet señala la existencia de una creciente corriente de pensamiento que ofrece una visión contrapuesta, la cual concibe a la teología cristiana como una filosofía del progreso humano, misma que se configuró a partir de San Agustín.¹⁰⁶ Nisbet señaló:

...con la aparición del cristianismo, que unió el pensamiento judaico con el griego, la idea de progreso alcanzó la forma y el contenido que fueron transmitidos al mundo moderno: la visión del avance necesario de toda la humanidad en un proceso gradual, por etapas, que arrancó en un remoto

¹⁰⁴ Karl Löwith, “La fatalidad del progreso”, en *Eco. Revista de la cultura de occidente*, Bogotá, Enero 1964, N 45, Tomo VIII-3, p. 260.

¹⁰⁵ *Ibid.*, pp. 260-261.

¹⁰⁶ Robert Nisbet, “La idea de progreso”, *Revista Libertas: 5* (Octubre 1986), Instituto Universitario ESEADE, www.esade.edu.ar, p. 6.

pasado primitivo para dirigirse inexorablemente hacia un lejano y glorioso futuro, de acuerdo con el plan inicial trazado por la Providencia.¹⁰⁷

La doctrina de la Providencia dominó el pensamiento medieval. De acuerdo con Nisbet, la Providencia y el progreso no deberían ser entendidos como ideas contrapuestas, pues ambas han coexistido en el pensamiento occidental. Asimismo, para el filósofo alemán Theodor Adorno, la representación agustiniana del progreso está asociada a la redención de Cristo, entendida ésta como un logro histórico en el cual la humanidad redimida marcha inexorablemente en la continuidad del tiempo, a su encuentro con el reino celestial.¹⁰⁸ Más tarde el filósofo alemán Karl Löwith afirmó que la idea de progreso no es sino una visión secularizada de la interpretación teológica de la historia. En otras palabras, la historia de la salvación.¹⁰⁹

Para Löwith, Agustín fue el primer pensador que elevó la historia a objeto de reflexión filosófica sistemática, puesto que asumió la tarea de contradecir la teoría del tiempo y del mundo a través de una teología de la historia humana conducida por Dios,¹¹⁰ es decir, el cristianismo propuso una visión del mundo fundamentalmente histórica. La visión cristiana de la historia es teleológica, inicia con la creación y concluye en la escatología. En esa visión, los acontecimientos van a ser interpretados no en relación a los antecedentes de los que se derivan, sino del fin o *telos* al que se dirigen. Tal interpretación no es sino una visión dogmática de una historia basada en la revelación y en la fe.

En oposición a la concepción griega de la historia como repetición cíclica, el cristianismo concibió la historia como promesa, como una apuesta que mira al futuro. Para judíos y cristianos, según Löwith, la historia es, ante todo, historia de la salvación. Bajo esta perspectiva, los hechos históricos sólo adquieren sentido si

¹⁰⁷ Robert Nisbet, *Historia de la idea de progreso... op. cit.*, p. 487.

¹⁰⁸ Theodor Ludwig Adorno, *Consignas* [Traducción de Ramón Bilbao], Buenos Aires, Amorrortu, 1993, p. 30.

¹⁰⁹ Karl Löwith, *Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia*. [Traducción de Norberto Espinosa], Buenos Aires, Katz, 2007, p. 13.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 195.

están orientados a un fin más allá de los hechos, esto es, si su *telos* futuro es de naturaleza escatológica.¹¹¹ El futuro adquirió así una nueva ponderación.

La antigua concepción griega del tiempo como movimiento circular perenne fue objeto de reflexión para Agustín. Para este autor, el tiempo fue condición de posibilidad para la configuración de la idea de progreso, fue una creación divina concurrente a la creación del mundo, esto es, el tiempo adquirió una gran proporción dentro del proyecto de Dios para el mundo. Un proyecto que se desarrolla en el tiempo bajo una dinámica incansable. Es así que surge la noción de un tiempo lineal y progresivo en sintonía con la existencia humana histórica, pues lo inmutable no es histórico.

Respecto a la reflexión agustiniana sobre el progreso, Adorno sostuvo que dicha idea consideró el plan divino, el *telos* de la historia, es decir, la redención. Ésta se introduce en la historia a través del plan divino universal, y se opone a ella después del pecado original. Redención e historia están en una tensión orientada a la superación del mundo histórico. Así, el progreso se cristaliza fuera de la historia, en el mundo trascendente. Es patente la contradicción entre la idea de progreso, redención y marcha inmanente de la historia. El antagonismo entre lo terreno y lo celestial sería el progreso en Agustín, una idea utópica encaminada a la salvación.¹¹²

Una vez transcurrida la Edad Media, un grupo de humanistas y artistas concibieron una ruptura del mundo ordenado según un centro y una periferia. Respecto a la idea del hombre renacentista, Luis Villoro señaló:

“...cada hombre es un pequeño mundo, “un microcosmos”. [...] El hombre reproduce el todo, es en sí mismo un pequeño todo”.¹¹³

La idea del hombre renacentista es que el hombre no es parte del todo, sino que es un todo porque tiene la potencialidad de llegar a ser cualquier cosa. El hombre renacentista se concibió a sí mismo como desbordante en

¹¹¹ *Ibid.*, pp. 17-18.

¹¹² Theodor Ludwig Adorno, *Consignas... op. cit.*, p. 31.

¹¹³ Luis Villoro, *El pensamiento moderno... op. cit.*, p. 32.

potencialidades, capaz de crearse y de trazar por sí mismo el rumbo de su vida. Giovanni Pico della Mirandola valoró al hombre como la creación divina más digna de asombro, un ser extraordinario por indefinido, capaz de devenir lo que él se proponga. A diferencia del resto de los animales que tienen marcado su destino, el hombre no tiene una naturaleza fija. La grandeza del ser humano tiene su origen en la libre elección.¹¹⁴

La concepción de la enfermedad predominante en la Edad Media fue galénica. Pero en el Renacimiento se multiplicaron las formas de concebir la enfermedad debido a las transformaciones en el pensamiento europeo del siglo XVI. Tomando en cuenta que la enfermedad era atribuida al desequilibrio en los humores, el tratamiento médico de las enfermedades estuvo orientado a la corrección del equilibrio perdido en los humores. El equilibrio no se refería sólo a un balance cuantitativo, sino que cada uno de los humores contenía otras propiedades cuyo equilibrio cualitativo resultaba fundamental para la conservación de la salud.

Los textos de Galeno pronto fueron adoptados como libros de texto en escuelas de medicina de Alejandría y otras regiones del mundo helénico, llegando al Imperio Bizantino y a la cultura árabe. No obstante el dominio de los principios del galenismo en la práctica médica durante la Edad Media, se ha documentado la emergencia de otras escuelas que ejercieron cierta influencia en la práctica de la medicina, tales como la alquimia, la astrología y el ocultismo. Cabe destacar el papel central que jugaron los médicos y filósofos Avicena y Averroes en la incorporación de Galeno y Aristóteles a la medicina y a la cultura árabe.¹¹⁵

La comprensión de la salud y la enfermedad que dominó un período tan extenso se soportó en una imagen del cuerpo. El modelo hipocrático de los humores se fundamentó en la imagen de las sustancias, la apariencia y el funcionamiento interno del cuerpo. Los historiadores Roy Porter y Georges Vigarello nos recuerdan que los griegos carecieron de conocimiento alguno de los procesos internos, fisiológicos o patológicos, del cuerpo humano. Además de los

¹¹⁴ Giovanni Pico De la Mirandola, *De la dignidad del hombre* [Edición preparada por Luis Martínez Gómez], Madrid, Editora Nacional, 1984, p. 105.

¹¹⁵ Pérez Tamayo, R., *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, pp. 127-135.

procedimientos médicos o quirúrgicos sobre el cuerpo, el desequilibrio humoral podía ser corregido gracias a un estilo de vida razonable.¹¹⁶

La enfermedad solía sobrevenir cuando el equilibrio humoral se perdía, esto es, cuando alguno de los humores se acumulaba o se secaba. Porter y Vigarello afirman que, por el contrario, la salud consistía en un estado de equilibrio, siempre en riesgo, entre el cuerpo humano, el universo y la sociedad. En consecuencia, en la Edad Media, la prevención de la enfermedad se encontraba en sintonía con el arte de vivir de acuerdo con la naturaleza, o sea, el hacer corresponder la armonía interna con la armonía externa. Pero, a partir del Renacimiento, florecieron intentos de fortalecer los fundamentos en que se asentaba la medicina, especialmente a partir de que la revolución científica se mostraba exitosa respaldada en la física y la química.

Además de la disminución o el exceso en la concentración de los humores, los cuales ocasionaban un desbalance, cada uno de los humores poseían cualidades particulares, pudiendo ser calientes, fríos, húmedos, secos, ácidos, dulces, etc., además de sufrir variaciones según la época del año. Bajo estos principios, los médicos hipocráticos establecieron elucubraciones complejas para explicar las diversas enfermedades que pretendían combatir. Sin embargo, como lo ha apuntado Pérez Tamayo, existían tres principios básicos para prescribir y aplicar el tratamiento correspondiente, a saber: la sangría, la purga y la dieta.¹¹⁷

El impulso del cristianismo dejó sentir su influencia en la medicina, en especial la asistencia al enfermo sólo por amor al hombre. Se desarrolló una actitud ética filantrópica, la condición igualitaria del enfermo ante el tratamiento y se inventó la institución hospitalaria.¹¹⁸ La práctica de la medicina comprendía la higiene y la terapéutica; a su vez, esta última incluía la dietética, la farmacoterapia y la cirugía. La piedra angular de la terapéutica era la dietética, seguida de los medicamentos de origen vegetal, animal o mineral. Respecto a la cirugía, los

¹¹⁶ Roy Porter y Georges Vigarello, "7. Cuerpo, salud y enfermedades", en Corbin, Alain, Courtine, Jean-Jacques y Vigarello, Georges, *Historia del cuerpo Vol 1. Del renacimiento al Siglo de las Luces* [Traducción de Núria Petit y Mónica Rubio], Madrid, Taurus, 2005, pp. 324-327.

¹¹⁷ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op. cit.*, p. 113.

¹¹⁸ Pedro Laín Entralgo, *Historia de la medicina...* *op. cit.* pp. 140-141.

procedimientos más comunes fueron flebotomía, incisión, extirpación, cauterización y reducción de fracturas y luxaciones óseas.¹¹⁹

La medicina medieval se desarrolló sobre dos líneas: científico-técnica y social-profesional. La primera incluyó la recepción de la medicina grecoárabe, la asimilación cristiana de esa medicina, el sistema de Galeno, el auge de la atención clínica, la anatomía y la cirugía, así como la instauración de una incipiente idea de progreso. La segunda incluyó la incipiente secularización hacia la Baja Edad Media, la medicina como un arte-técnica, la actitud en las relaciones humanas que se hacen visibles en el saber y el quehacer del médico, y el médico se moviliza de una región a otra.¹²⁰

La concepción dual del ser humano que predominó en la Grecia clásica, la cual estableció la soberanía del alma sobre el cuerpo, pervivió en la Edad Media y el Renacimiento. Sin embargo, con el impulso del pensamiento cristiano, la apreciación del cuerpo ingresó en un terreno ambiguo, entre el menosprecio y la sobreestimación. No obstante la ambigüedad en su valoración, el cuerpo vino a ocupar paulatinamente una posición central en la reflexión sobre lo humano. El interés sobre el cuerpo humano quedó de manifiesto en la actitud de los anatomistas del período renacentista, empeñados en indagar sobre su estructura y su funcionamiento.

Respecto a la idea de progreso medieval y renacentista y su articulación con la salud, hay que considerar que, pese a que el Renacimiento multiplicó las formas de concebir la enfermedad, la teoría humoral de raigambre galénica fue la idea dominante de salud-enfermedad. Para el pensamiento medieval, el estado de bienestar y plenitud del hombre se encontraba posicionado, según el plan divino, más allá de los límites de la existencia terrenal. Sin embargo, el pensamiento renacentista provocó un cambio de paradigma. A partir de entonces, el hombre empezó a desarrollar la idea de que tiene en sus manos la posibilidad de hacerse dueño de sí mismo y de sus propias determinaciones.

En términos sanitarios, a partir del Renacimiento en el cual da inicio el desarrollo del libre albedrío, el ser humano llegará a ser capaz de crearse su

¹¹⁹ *Ibid.*, pp. 175-176.

¹²⁰ *Ibid.*, pp. 242-243.

propia condición de hombre sano o enfermo. A partir de entonces empezó a tomar forma una idea particularmente atractiva sobre la esperanza de que el bienestar no depende de la voluntad divina, sino de la voluntad humana. El Renacimiento anunció el gran despliegue que sobrevino en la medicina moderna, en la cual tanto la medicina como práctica científica como el médico, adquirieron gran prestigio y abonaron el terreno para que, en la época contemporánea, irrumpieran los procesos de medicalización.

3 Cuerpo, salud-enfermedad y práctica médica en la Época Moderna y Contemporánea

3.1 Cuerpo y salud-enfermedad en la Época Moderna y Contemporánea

Con el despliegue de la ciencia moderna que incluyó el estudio del cuerpo humano, Descartes trasladó los principios que rigen el movimiento de los cuerpos físicos a los seres vivos. Así, concibió el cuerpo humano como una máquina. Sostuvo que los humanos están compuestos de alma y cuerpo, ambos por separado. El interior del cuerpo está compuesto por un conjunto de piezas para que desarrolle funciones que dependen de los órganos.¹²¹ Este autor afirmó:

...deseo [...] consideréis [...] todas las funciones que yo he atribuido a esta máquina, como la digestión de los alimentos, el latido del corazón y de las arterias, la nutrición y el crecimiento de los miembros, la respiración, el estado de vigilia y el sueño; la percepción de la luz, de los sonidos, de los olores, de los sabores, del calor y de todas las demás cualidades en los órganos de los sentidos externos.¹²²

Descartes equiparó el cuerpo humano con un reloj, inaugurando una nueva concepción de un cuerpo que funciona por sí mismo y cuando deja de funcionar no es porque el alma lo abandonó, sino por la afección de alguna de sus funciones.¹²³

¹²¹ Rene Descartes, "Tratado del hombre" [Traducción y notas de Ana Gómez Rabal], en *Descartes* [Estudio introductorio de Cirilo Flórez Miguel], Madrid, Gredos, 2011, p. 675.

¹²² *Ibid.*, p. 736.

¹²³ María Teresa Aguilar, Descartes y el cuerpo-máquina, *Pensamiento*, vol. 66 (2010), núm. 249. p. 758.

Esta concepción implicó el problema de que también podía ser controlado como una máquina. Tal concepción, a juicio del sociólogo e historiador estadounidense Lewis Mumford, tiene una añeja historia que antecede a la modernidad:

Antes de que los inventores crearan ingenios que ocuparan el lugar de los hombres, los líderes de éstos habían ejercitado y sometido a control multitudes de seres humanos: habían descubierto cómo reducir los hombres a máquinas.¹²⁴

Antes de que Occidente se volcara hacia la máquina, el mecanismo como elemento de la vida social ya estaba presente. El proceso social del trabajo, la ideología y las técnicas habían venido configurando la idea que en la modernidad se consolidó en la visión mecanicista.

Descartes separó al sujeto pensante de sus enunciados. Así, el sujeto moderno se repliega sobre sí mismo convirtiendo al cuerpo en una realidad ambigua que, pese a ser concebido como una máquina, no es del todo confiable en cuanto a la percepción de su entorno, pues los sentidos lo engañan.

Al referirse a la condición del hombre en la modernidad, el antropólogo y sociólogo francés David Le Breton afirmó que entre los siglos XVI y XVII nace el hombre de la modernidad, un hombre separado de sí mismo, de los otros y del cosmos. Según Le Breton, el cuerpo moderno ya no es la manifestación de la presencia humana sino su forma accesoria, esto es, un residuo.¹²⁵ A partir de entonces, y paradójicamente, el ser humano posee un cuerpo. La concepción moderna del cuerpo guarda relación con la aparición del individualismo, el ascenso del pensamiento racional y el desarrollo de la medicina como disciplina que monopoliza el estudio del cuerpo humano. La idea del cuerpo como una máquina redujo la corporalidad humana al funcionamiento organicista mecánico.

Al referirse al cuerpo en el capitalismo, como una máquina susceptible de mantenimiento, los filósofos franceses Didier Deleule y François Guéry señalaron:

¹²⁴ Lewis Mumford, *Técnica y civilización* [Versión española de Constantino Aznar de Acevedo], Madrid, Alianza, 1992, p. 56.

¹²⁵ David Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad* [Traducción de Paula Mahler], Buenos Aires, Nueva Visión, 2002, pp. 45-46.

El cuerpo biológico -entendido como conjunto de órganos directa o indirectamente conectados con el mundo exterior- viene a ocupar el lugar de un mecanismo de engranajes correctamente ensamblados [...] en el interior del gran cuerpo productivo, donde se constituye como parte necesaria a su primordial función de producción. En otros términos, el cuerpo biológico se convierte en servidor del cuerpo productivo [...]. Si el cuerpo biológico puede ponerse al servicio de la máquina, es porque en su funcionamiento habitual ya es mecánico.¹²⁶

En el capitalismo, la producción industrial hace del cuerpo humano su instrumento privilegiado e incorpora el cuerpo biológico al cuerpo social por intermediación de un tercer cuerpo: el cuerpo productivo.

Por su parte, Foucault señala la transformación del ser humano que en la época clásica era un objeto entre objetos, se convierte en un sujeto entre objetos.¹²⁷ El ser humano moderno emerge en una posición ambigua entre objeto de saber y de sujeto que conoce.¹²⁸ Este autor criticó al sujeto moderno como fundamento de todo conocimiento;¹²⁹ afirmó que no hay continuidad entre sujeto y objeto, sino que ha habido múltiples sujetos a lo largo de la historia. Investigó la historia de las prácticas sociales y concluyó que estas engendran dominios de saber, a partir de los cuales aparecen nuevos objetos, conceptos y técnicas, además de nuevas formas de sujetos y sujetos de conocimiento.¹³⁰

Para Foucault, en el siglo XIX surgieron las prácticas sociales de control y vigilancia y de ellas surgió un nuevo sujeto de conocimiento.¹³¹ Emerge la sociedad disciplinaria para la vigilancia y control de los individuos, un sistema que no sólo vigila individuos, sino que también configura un saber sobre quienes vigila.

¹²⁶ Didier Deleule y François Guéry, *El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista* [Traducción de Marco Galmarini], Buenos Aires, Tiempo contemporáneo, 1975, p. 107.

¹²⁷ Michel Foucault, *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas* [Traducción de Elsa Cecilia Frost], México, Siglo XXI, 1968, p. 247.

¹²⁸ *Ibid.*, pp. 503-504.

¹²⁹ Michel Foucault, *La verdad y las formas jurídicas* [Traducción de Enrique Lynch], Barcelona, Gedisa, 1996, p. 8.

¹³⁰ *Ibid.*, pp. 5-6.

¹³¹ *Ibid.*, pp. 9-10.

El sistema capitalista penetra en nuestra existencia para administrar la vida a través de las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población.¹³² Irrumpe así la era del bio-poder, elemento básico para el desarrollo de un capitalismo, que pudo afirmarse a través de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato productivo y mediante el ajuste de la población a los procesos económicos.

En la época moderna, paulatinamente se consolidó la concepción del cuerpo como instrumento de conocimiento. La medicina contemporánea, cuyo nacimiento data de los últimos años del siglo XVIII, funda una objetividad más científica basada en la percepción de una mirada atenta. El ojo del clínico¹³³ se convierte en fuente de la claridad; tiene el poder de traer a la luz una verdad, es el punto que marca el paso de la Ilustración al siglo XIX.¹³⁴

Durante el siglo XIX, la respuesta a la pregunta sobre ¿qué es la enfermedad? tuvo dos explicaciones: la primera postuló la existencia de enfermedades bien definidas, que se pueden identificar por sus signos y síntomas, los cuales suelen obedecer a causas específicas y poseen una historia natural propia. La enfermedad penetra en el cuerpo humano sano para enfermarlo. Por otra parte, la segunda explicación de la enfermedad supone que esta no existe independiente o fuera del cuerpo humano, sino que es simplemente la vida en condiciones anormales. Lo que distingue al hombre sano del enfermo son variaciones cuantitativas de los procesos fisiológicos normales.¹³⁵

El primer concepto de la enfermedad, característico del pensamiento racional, parte del supuesto de que las enfermedades existen realmente, por ende, es posible describirlas, clasificarlas y tratarlas de forma específica. Por otra parte, el segundo concepto es científico, experimental y práctico, y su potencia deriva de su dependencia de la realidad. Ambas concepciones se opusieron durante el siglo

¹³² Michel Foucault, *Defender la sociedad...* op. cit., pp. 217-218.

¹³³ La palabra clínica es polisémica, pero en el presente estudio se emplea para referirse al ejercicio práctico de la medicina, entendido este como un estudio ordenado y sistemático de las manifestaciones de las enfermedades en una persona, las cuales se revelan como resultado del interrogatorio, el examen físico y los procedimientos auxiliares. Todo lo anterior con el propósito de establecer el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de un enfermo. Cfr. Alberto Lifshitz, *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica...* op. cit., pp. 162-163.

¹³⁴ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 2001, pp. 4-6.

¹³⁵ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, Tomo II, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 61.

XIX. Sin embargo, los descubrimientos de la microbiología apoyaron la primera explicación, pues una proporción de enfermedades es causada por agentes específicos. Pero con el crecimiento en el saber, ambas posturas se acercaron para coexistir en el concepto moderno de la enfermedad.¹³⁶

La explicación de la enfermedad por Galeno se fue transformando hasta convertirse en la búsqueda de la enfermedad, en el sitio anatómico afectado. Se desarrolló entonces gran interés por la disección anatómica.¹³⁷ Los hallazgos anatómicos ampliaron la explicación sobre las enfermedades. Más tarde, cobró gran importancia la explicación de la enfermedad como resultado de la acción de los microorganismos, especialmente durante el siglo XIX con los estudios de Louis Pasteur y Robert Koch.¹³⁸

La concepción moderna más divulgada de salud y enfermedad es la que ofrece la OMS. Sin embargo, es un concepto utópico que traduce una legítima aspiración de la humanidad. Pero resulta poco adecuado en términos operativos, pues resulta difícil establecer criterios para evaluar sus alcances. Si esta definición de salud asocia la salud con la felicidad, entonces el resultado final es que estar enfermo es lo normal.¹³⁹ El hecho de equiparar la salud con la felicidad implica que la infelicidad es enfermedad y, en consecuencia, la infelicidad pueda ser tratada médicamente. Esta es una idea que palpita en el núcleo del proceso de medicalización.

Gradualmente fue quedando atrás la idea de la acción divina como causa de la salud-enfermedad, aunque aún se conservan huellas. Por un lado, que los seres humanos acceden a la salud si gobiernan sus vidas racionalmente y, por el otro, que la salud depende de la intervención del médico. Históricamente se han enunciado concepciones que enfatizan en: a) la ausencia de dolor; b) la capacidad de desarrollar todas las funciones del organismo; c) la adaptación al ambiente; y d) la capacidad de conservar el medio interno. Pero, todo concepto de enfermedad conserva la huella de su época y refleja la cultura de la sociedad en la que imperó.

¹³⁶ *Ibid.*, pp. 96-97.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 113.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 186.

¹³⁹ Ignacio Pérez-Ciordia, Las no enfermedades y la medicalización, www.jano.es, octubre 2011, pp. 74.

Un problema al que se enfrenta la medicina moderna es definir lo normal, pues lo normal se asocia con la salud. El médico y filósofo francés Georges Canguilhem afirmó que no hay que considerar a la salud y la enfermedad como entidades distintas en disputa por un organismo vivo, sino que entre ellas sólo existen diferencias de grado.¹⁴⁰ En medicina, el término normal se suele usar de tres maneras: a) estadística, b) funcional y c) normativa. La primera es la más común, pero la menos correcta y útil. Consiste en incluir dos desviaciones estándar a partir de la media aritmética. Pero el modelo estadístico requiere que la distribución de datos sea gaussiana y provenga de sujetos normales.¹⁴¹

Respecto a la concepción funcional de la normalidad, ésta considera lo normal como sinónimo de sano. Una persona es normal o sana si es capaz de cumplir las funciones que la propia sociedad le confiere, aunque dichas funciones puedan resultar enfermantes. Así, la normalidad se acepta como natural. En cuanto al concepto normativo, no está tan divulgado entre los médicos. No obstante, ha alcanzado gran importancia en la enfermedad mental.¹⁴² Más adelante se retoma el tema de lo normal al tratar los procesos de medicalización.

El debate sobre el concepto moderno de enfermedad permanece abierto. Dentro de ellos, destacan: a) el biomédico; b) el biopsíquico y sociocultural; y c) el de las enfermedades mentales. Dentro del concepto biomédico, para Boorse: “Una enfermedad es un tipo de estado interno que disminuye la salud, o sea que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica”.¹⁴³ Es un concepto que se apoya en la normalidad estadística y la función biológica. Sin embargo, ha sido criticado por considerarse biologista y reduccionista porque no toma en cuenta las dimensiones psicológicas, sociales y culturales del proceso.¹⁴⁴

En cuanto al concepto biopsíquico y sociocultural de la enfermedad, este toma en cuenta el modelo biológico de la enfermedad; la estructura y funcionamiento del aparato psíquico descrita por Freud; así como el componente

¹⁴⁰ Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico...* *op. cit.*, p. 46.

¹⁴¹ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo II... *op. cit.*, p. 220.

¹⁴² *Ibid.*, pp. 220-221.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 227.

¹⁴⁴ *Ibid.*, pp. 227-229.

social propio de las condiciones del individuo o grupo en cuanto a su acceso a servicios de seguridad social, acceso a la educación y, en general, las condiciones de vida prevalentes.¹⁴⁵

En lo que se refiere a las enfermedades mentales, las opiniones se dividen entre los que se inclinan por un modelo médico para la clasificación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos y otro grupo con una postura menos agrupable. La concepción de la enfermedad mental o de la psicopatología como disciplina surgió a finales del siglo XIX. El concepto de enfermedad mental es que existe un conjunto de comportamientos psicopatológicos, es decir, anormales, puesto que se desvían de lo normal, que trastornan al individuo e interfieren en su adaptación en la relación con su familia y su grupo social.¹⁴⁶

Respecto al modelo de enfermedad mental, se menciona que han surgido críticos, los cuales se pueden agrupar en: 1) los “antipsiquiatras”, es decir, psiquiatras que se oponen a incluir a la psiquiatría como una rama de la medicina; 2) los “teóricos del diagnóstico”, con opiniones similares a los antipsiquiatras, quienes además consideran a los diagnósticos psiquiátricos como un intento de la sociedad para controlar a individuos de comportamiento diferente, lo cual se logra con psicofármacos; 3) los que se pronuncian por el restablecimiento de los derechos y libertades de dichos pacientes y 4) los críticos del sistema médico moderno identificados con el proceso de “medicalización” de la vida.¹⁴⁷

Además del concepto de enfermedad, existen otras formas de referirse a ella, tales como *padecimiento*, *anormalidad*, *defecto* y *malestar*. El *padecimiento* es una experiencia personal y subjetiva que puede depender o no de una enfermedad, manifestada por un comportamiento. La *anormalidad* suele ser una desviación anatómica, fisiológica o bioquímica características de la edad, sexo, ocupación, etc. El *defecto* suele corresponder a la anormalidad o anomalía, en especial tratándose de afecciones congénitas. El *malestar* es un componente único o aislado del padecimiento.¹⁴⁸

¹⁴⁵ *Ibid.*, pp. 236-237.

¹⁴⁶ *Idem.*

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 240.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 236.

Para finalizar, planteo la polémica desatada al final de los años sesenta del siglo XX respecto al carácter de la enfermedad. La médica y socióloga mexicana Asa Cristina Laurell señala que lo que se discute es si la enfermedad es esencialmente biológica o, por el contrario, social.¹⁴⁹ Lo que se cuestiona es el paradigma dominante de la enfermedad como un fenómeno biológico e individual. El argumento central de la corriente que sostiene que la enfermedad es un proceso social es el carácter histórico y social de la enfermedad.

La manera de demostrar el carácter histórico-social de la enfermedad es que su naturaleza no se verifica en casos clínicos individuales, sino en la manera de enfermar y morir de los grupos humanos. Las formas de enfermar y morir están diferenciadas históricamente según el grado de desarrollo, organización social y, al interior de una misma sociedad, según las clases sociales.¹⁵⁰ La época contemporánea considera la salud y la enfermedad como una unidad dialéctica, es decir, momentos distintos del mismo proceso. No obstante, la medicina institucionalizada ha puesto el énfasis en la enfermedad. Sostiene Laurell que el proceso salud-enfermedad oculta su carácter ideológico, cuyo trasfondo es la explotación de una clase sobre otra. Se tiende a acentuar el componente biológico e individual de dicho proceso, al tiempo que se encubre la descomunal magnitud del componente social y colectivo.

Laurell agrega que una de las consecuencias de la desocialización de la enfermedad es que no hay forma de responsabilizar a nadie, y su manifestación no es sino el resultado de la azarosa constitución biológica del individuo, al que lo único que le queda es sobreponerse a las adversidades biológicas.¹⁵¹ La subestimación de la carga social de la enfermedad oculta o minimiza la gran influencia de la precarización de la vida en la salud de la población. La desocialización del proceso salud-enfermedad explica por qué se ha apostado por un modelo biologista e individualista en la medicina contemporánea.

¹⁴⁹ Asa Cristina Laurell, La Salud-Enfermedad como proceso social, *Cuadernos Médico Sociales* N° 19, enero de 1982, p. 1.

¹⁵⁰ *Ibid.*, pp. 2-3.

¹⁵¹ Asa Cristina Laurell, Medicina y capitalismo en México, *Cuadernos Políticos*, número 5, México D.F., Julio-septiembre de 1975, pp. 2-3 (la numeración de las páginas es mía).

La forma que ha encontrado la medicina contemporánea para justificar el modelo hegemónico de atención al proceso salud-enfermedad, así como para perpetuar su existencia es mostrar supuestos progresos en salud a través de resultados autocomplacientes de los indicadores de salud. Tomando en cuenta que el concepto de progreso en salud se materializa en la modificación favorable de algunos indicadores de salud, a continuación se precisan las características de la medición en salud, sus indicadores más distinguidos (mortalidad, morbilidad, esperanza de vida y cobertura sanitaria universal), así como el concepto de transición epidemiológica que se refiere al cambio en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte.

3.1.1 La medición en salud

Un aspecto que forma parte del modelo médico dominante es su interés por cuantificar los resultados de las intervenciones en salud. No obstante que la definición de salud de la OMS no es propiamente una definición operativa que permita su cuantificación, se han formulados diversos indicadores dentro de los que destacan la mortalidad, la morbilidad, la esperanza de vida y la cobertura sanitaria universal. Además, dada la importancia que ha adquirido en las últimas décadas, se analiza el fenómeno conocido como transición epidemiológica.

A pesar del gran incremento en el saber médico, no se puede asegurar que haya progreso en la salud de la población, pues los indicadores básicos con que se evalúa la salud poblacional, aunque históricamente han sufrido modificaciones, tales resultados no fundamentan un eventual progreso. Alcanzar la salud a la manera que la concibió la OMS (estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades) es una tarea compleja. Se trata de un enunciado que traduce más bien una aspiración de la humanidad, pues no estamos ante una concepción operativa con la cual se puedan establecer criterios de evaluación. No obstante, bajo dicho concepto, y según los principales indicadores con que se evalúa el nivel de salud, la medicina institucional se ve rebasada para responder al propósito que le dio origen.

La evaluación del nivel de salud de la población de una región o un país ofrece dificultades. Algunos países miembros de la OMS no cuentan con la estructura suficiente para registrar sistemáticamente la ocurrencia de la enfermedad y la muerte, por ello recurren a la realización de encuestas, o bien, a estimaciones de algunos indicadores. Por otra parte, el progreso en salud no ha sido definido normativamente. Sin embargo, se da por entendido que hay progreso cuando los resultados en ciertos indicadores de salud, a los que se les suele conferir mayor relevancia, muestran una tendencia favorable, tal es el caso de la mortalidad, la morbilidad, la esperanza de vida¹⁵² y la cobertura sanitaria universal.

3.1.2 Mortalidad y morbilidad

La morbilidad y la mortalidad son indicadores de salud que más bien registran aspectos relacionados con la enfermedad y la muerte. El filósofo alemán Hans-Georg Gadamer señala que esto se debe a que es la enfermedad, y no la salud, la que se autoobjetiva, esto es, la que aflora, puesto que la salud por sí misma no llama la atención, pues se trata de un estado de medida interna y de coincidencia con uno mismo.¹⁵³ Para este autor, la salud resulta del equilibrio entre múltiples factores, y para conocerlo, es preciso comprender e interpretar dicho estado, que en cada persona es diferente. Por ende, la tarea del médico se asemeja al de la hermenéutica filosófica en el sentido de que su labor fundamental es interpretar.

Regularmente se suelen atribuir los resultados de dichos indicadores sobre todo al conjunto de acciones emprendidas por la medicina institucionalizada encabezada por los profesionales de la salud, dejando de lado o en un segundo plano la participación de otros sectores o instituciones. Sin embargo, si atendemos el propio concepto de salud propuesto por la OMS, el proceso salud-enfermedad tiene un gran componente social que es escasamente influido por el modelo moderno de atención a la salud. En consecuencia, parece desmesurado atribuir tales resultados sólo a la acción de la medicina institucionalizada.

¹⁵² José Narro Robles, "Indicadores generales de salud pública y de los servicios de salud", *Gac Med Méx*, Vol. 136 Suplemento No. 1, 2000, pp. 1-4.

¹⁵³ Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud* [Traducción de Nélide Machain], Barcelona, Gedisa, 2001, p. 121.

El empleo de indicadores para evaluar el nivel de salud así como un eventual progreso en la salud de la población ha dado lugar a la polémica. En la presente investigación, se cuestiona el hecho de considerar como progreso en salud a las siguientes tendencias: 1) la reducción de la tasa de mortalidad general; 2) la reducción de la tasa de morbilidad; 3) la ampliación de la esperanza de vida al nacer, y 4) la extensión de la cobertura sanitaria.

El estudio de la mortalidad tiene el propósito de conocer las defunciones ocurridas en una población durante un período de tiempo y en un espacio geográfico determinado. Aunque hay países que carecen de un registro confiable de las muertes y sus causas, es uno de los indicadores que cuentan con un mejor registro. La forma en que se expresa esta variable es la tasa de mortalidad general, la cual resulta de dividir el número total de defunciones ocurridas durante un período de tiempo (regularmente anual) entre la población total promedio durante dicho período. El resultado se multiplica por una constante que suele ser 10 elevado a la n (por ejemplo: 10,000 o 100,000). El resultado es una tasa de mortalidad general, la cual se puede desagregar en su cálculo por causa específica de enfermedad, por edad y por sexo.

El comportamiento de la tasa de mortalidad por países ha experimentado notables diferencias. Durante el siglo XIX se observó un descenso en la mortalidad general, la cual básicamente se debió a la reducción de las defunciones ocasionadas por las enfermedades infecciosas, como lo apuntó el médico e historiador británico Thomas McKeown.¹⁵⁴ En los países con un Producto Interno Bruto (PIB) más elevado, se ha observado que la disminución en la mortalidad tiende a ser mayor.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), organismo que a la fecha agrupa alrededor de cuatro decenas de países, entre ellos a los más desarrollados, en el 2017, reportó que Japón ocupó el primer lugar con una mortalidad menor de 600 (por 100,000 habitantes). Asimismo, más del 50% de los países miembros reportaron índices superiores a 800, cinco países

¹⁵⁴ Thomas McKeown, *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo, némesis?* [Traducción de Pedro Larios], México, Siglo XXI, 1982, p. 53.

obtuvieron cifras por arriba de 1000 y uno superior a 1,400.¹⁵⁵ Los dos principales grupos de enfermedades responsables de las muertes, en orden de importancia, son las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer.

Se puede advertir cómo la reducción en la tasa de mortalidad general suele ser más acelerada en países con mejor desarrollo económico en comparación con aquellos países con menor desarrollo. Por otra parte, las enfermedades infecciosas han dejado de ocupar las primeras causas de defunción en la población general, para dejar que dicho lugar ahora sea encabezado por las enfermedades circulatorias y el cáncer. La lectura de McKeown sobre este asunto es que la tendencia a la baja en la mortalidad por enfermedades infecciosas ha sido independiente, entre otros factores, de las medidas médicas emprendidas durante los últimos tres siglos.¹⁵⁶

Para este autor, no es claro que, en materia de mortalidad, la multiplicidad de acciones desplegadas por la medicina institucionalizada sea el factor principal que explique la reducción en la mortalidad. Esta afirmación no es menor, sino que pone en duda el modelo biologista e individualista predominante, que ha imperado en la práctica de la medicina institucionalizada contemporánea, orientado hacia la búsqueda de causas, generalmente de carácter biológico, en las cuales cada enfermedad tiene una causa particular y única. Esta idea monocausal de la enfermedad encontró su fundamento en los descubrimientos microbiológicos que apoyaron el origen infeccioso de algunas enfermedades.

Con respecto a la morbilidad, dicho concepto se emplea para referirse a la proporción de seres humanos que enferman en un tiempo y lugar determinado. Al igual que para la mortalidad, la morbilidad se expresa mediante una tasa. Dicha tasa de morbilidad se suele determinar por causa específica y resulta de dividir el número total de casos de una enfermedad ocurrida durante un período de tiempo (regularmente anual) entre la población total promedio durante dicho período. El resultado se multiplica por una constante que suele ser 10 elevado a la n (por ejemplo: 10,000 o 100,000). El resultado es la tasa de morbilidad por una causa

¹⁵⁵ OCDE, *Panorama de la salud 2017. Indicadores de la OCDE*, París, Organización para la Cooperación el Desarrollo Económicos, 2018, pp. 52-53.

¹⁵⁶ Thomas McKeown, *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo, némesis?... op.cit.*, p. 60.

específica. La tasa de morbilidad expresa la frecuencia con que se presenta una enfermedad por alguna causa específica, por edad y por sexo.

La frecuencia de la enfermedad tiene dos formas de ser registrada: la prevalencia y la incidencia. La prevalencia es una medida de frecuencia que reúne a todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad en un momento o en un período determinado. Por su parte, la incidencia registra la velocidad con la que ocurre una enfermedad, es decir, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) casos nuevos de una enfermedad durante un período y lugar determinados. La incidencia se emplea para estudiar enfermedades agudas como las enfermedades infecciosas, por ejemplo la infección de vías respiratorias superiores. Por el contrario, la prevalencia es útil para hablar de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, enfermedades con las cuales vivirá una persona el resto de su vida. Más adelante, cuando se hable de la transición epidemiológica se retoma la diferencia entre el cambio en el patrón de comportamiento en la morbilidad y la mortalidad, es decir, las causas que originan la enfermedad y la muerte.

Los reportes sobre la morbilidad suelen ser de utilidad para determinar los motivos que explican la tendencia de la mortalidad. Sin embargo, contar con registros sistemáticos sobre la morbilidad es una tarea compleja, pues no sólo dependen del suministro de la información generada por la atención médica, sino que entran en juego otros factores. En lo que concierne a la atención médica, hay factores que afectan la ocurrencia de la enfermedad, tales como los cambios en los criterios para establecer el diagnóstico de las enfermedades, esto debido a la disponibilidad o no de recursos tecnológicos como son los estudios de laboratorio y de gabinete, así como a la tendencia a extender el número de entidades mórbidas dentro de la clasificación de enfermedades. Esto último se ha hecho evidente en el caso de la salud mental, la cual ha ampliado la cantidad de eventos mórbidos, se encuentra estrechamente vinculada al proceso de medicalización.

3.1.3 Esperanza de vida y cobertura sanitaria universal

A pesar de que la esperanza de vida es un valor de tipo demográfico, es otro de los indicadores que emplea la medicina institucionalizada para evaluar el estado de salud de la población. La esperanza de vida se define como el número de años que cabe esperar que viva una persona de una edad determinada si se mantienen constantes las tasas de mortalidad actuales.¹⁵⁷ La reducción gradual en las tasas de mortalidad de las poblaciones a partir de los siglos XIX y XX, ha contribuido a extender la longevidad humana. Sin embargo, el análisis comparativo de la esperanza de vida al nacer demuestra que, si bien esta ha aumentado en la población general, tiene un ritmo más acelerado en países de ingresos altos, en comparación a los de ingreso menor.

Aunque existe una tendencia hacia una mayor esperanza de vida, uno de cada tres adultos mayores de 60 años tiene algún grado de discapacidad.¹⁵⁸ Esta condición en la salud de los adultos mayores se asocia con una mayor demanda de servicios de salud en población que cuenta con cobertura de seguridad social. En general, la tendencia hacia el envejecimiento de la población no ha sido acompañada de ajustes en los sistemas de salud, cuyo diseño estuvo pensado para la atención de enfermedades agudas que no concuerdan con los principales problemas de salud que en la actualidad enfrentan los adultos mayores. En general, la manera de atender la salud ha seguido un esquema asistencial y paternalista, de manera que se presenta disponible a la intervención de los grandes capitales para quienes la salud es un mercado muy rentable, pues los humanos conforman una especie muy vulnerable a la enfermedad.

En el 2015 la OCDE reportó una esperanza de vida al nacer por arriba de los 80 años en países desarrollados como Japón, los países de Europa occidental, Corea, Australia, Nueva Zelanda, Israel y Canadá. En contraste, los países Latinoamericanos y de Europa del Este que pertenecen a la OCDE registraron una esperanza de vida menor a 80 años. Además de la conocida relación entre la

¹⁵⁷ Ruth Bonita, Robert Beaglehole y Tord Kjellström, *Epidemiología básica*, Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 34.

¹⁵⁸ Gabriela Rodríguez-Abrego, Teresita de Jesús Ramírez-Sánchez y José Luis Torres Cosme, "Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social", *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014:52(6). p. 614.

esperanza de vida y la mortalidad, se ha identificado el vínculo con los niveles educativo y socioeconómico,¹⁵⁹ es decir, la desigualdad actúa en menoscabo de la esperanza de vida. Durante el período de 1960 a 2015, la esperanza de vida al nacer a nivel mundial pasó de 52.5 a 72.0 años respectivamente, con las diferencias ya citadas entre países.¹⁶⁰

El incremento en la esperanza de vida ha sido un resultado que la medicina institucionalizada se ha atribuido como producto de la instrumentación de sus políticas y acciones, pues la considera un triunfo de la ciencia sobre la muerte. No obstante, la extensión en la longevidad humana no se limita a las acciones en el ámbito de la salud sino a un conjunto de acciones en otros ámbitos como la economía y la educación, principalmente. Además, vivir más años no significa necesariamente vivir bien.¹⁶¹ Se ha documentado que durante la vejez se incrementan las desigualdades, la soledad, el sufrimiento y las enfermedades crónicas. En suma, si bien la especie humana ha extendido su longevidad, también se ha esparcido la sombra de la enfermedad y el sufrimiento sobre la población más longeva. Por ende, atribuir la mayor longevidad a la acción médica es un alarde desmesurado y controvertido.

Respecto a la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), como se apuntó previamente, se refiere al compromiso de los Estados de lograr que la totalidad de la población cuente con acceso a servicios de salud que incluyan medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa para atender las necesidades de salud de la población. De acuerdo con Frenk, la búsqueda de la CSU en América Latina es resultado de la transición epidemiológica, del proceso de democratización y del crecimiento económico que ha facilitado la inversión adicional en salud. La CSU forma parte del conjunto de reformas al sistema de salud.¹⁶²

¹⁵⁹ OCDE, *Panorama de la salud 2017. Indicadores de la OCDE ... op. cit.*, pp. 48-49.

¹⁶⁰ Banco Mundial, *Tasa de natalidad y esperanza de vida al nacer 1960-2014*, Consultado el 23 de febrero del 2017, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?view=chart>.

¹⁶¹ Juan Ramón de la Fuente, *Morir con dignidad... op. cit.*, p. 51.

¹⁶² Julio Frenk, Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción, *Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014* y traducido al español, consultado el 24 de marzo del 2019, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61467-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7), pp. S62-S63.

En el 2005 los Estados miembros de la OMS se comprometieron a alcanzar la CSU. Sin embargo, la propia OMS reconoce que, a la fecha, no se sabe cómo garantizar el acceso a todos los servicios de salud en todos los entornos, y subsisten lagunas en el conocimiento de la vinculación entre la cobertura de los servicios y la salud.¹⁶³ El impulso hacia la CSU supone que el progreso en salud sólo es posible si las sociedades se medicalizan.

3.1.4 Transición epidemiológica

Desde la década de los años setenta del siglo XX se observaron cambios en el comportamiento de la salud y la enfermedad en América Latina. Esta serie de cambios se conocen como transición epidemiológica, la cual de acuerdo con Julio Frenk y un grupo de investigadores, se refiere a:

los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias.¹⁶⁴

Según este grupo, se trata de un concepto dinámico que se centra en la evolución del perfil predominante de mortalidad y morbilidad. La transición epidemiológica se caracteriza por un cambio en una dirección predominante de enfermedades infecciosas hacia un patrón dominado por las enfermedades crónicas y degenerativas, lesiones y padecimientos mentales. La reducción en la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y agudas se desplaza para afectar a adultos mayores, quienes sufrirán de padecimientos crónicos, es decir, de larga duración o para el resto de su vida.

A partir de la década de años ochenta del siglo XX, se observó una tendencia a la reducción de enfermedades infecciosas y parasitarias. Por el contrario, aumentó la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles

¹⁶³ OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 23.

¹⁶⁴ Julio Frenk y cols., La transición epidemiológica... *op. cit.*, p. 487.

(diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad cerebrovascular y nefropatías) como causas de enfermedad y muerte.¹⁶⁵ El cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad humana se empezó a dejar sentir a partir del último tercio del siglo XX con el descenso en la prevalencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias. No obstante, dicho descenso, acompañado con un aumento en la esperanza de vida, derivó en el crecimiento de algunas enfermedades virales y las enfermedades crónicas no transmisibles cuya existencia estaba enmascarada por la alta letalidad de algunas enfermedades infecciosas.

La tendencia epidemiológica observada es paradójica, pues mientras la mortalidad se reduce, la enfermedad aumenta. Este comportamiento ha sido considerado por algunos como signo de progreso en salud. Sin embargo, el propio Frenk cuestiona que las enfermedades crónicas y las lesiones constituyan una forma más “civilizada” de morir que por enfermedades infecciosas.¹⁶⁶ Asociar la transición epidemiológica con el progreso es una valoración subjetiva, carente de sustento y de autocrítica, cuyo propósito se reduce a justificar las políticas sanitarias adoptadas que históricamente han privilegiado la atención de la enfermedad por encima de la salud, al modelo biologista e individual por encima de uno de carácter social y colectivo, es decir, la medicalización por encima de la socialización.

A pesar de existir evidencia sobre el controvertido impacto de las acciones de la medicina moderna sobre la salud, la política sanitaria se ha empeñado en considerar a la medicina institucionalizada como el núcleo fundamental sobre la cual se debe estructurar la respuesta organizada para combatir la enfermedad y la muerte. Si se acepta que el nivel de salud se asocia a las condiciones de vida y tiene una fuerte carga social, la orientación de la política sanitaria estaría dirigida a la socialización de la salud, entendida esta como el fortalecimiento de ámbitos como la educación, la infraestructura sanitaria básica (agua potable, drenaje, alcantarillado, disposición de la basura, etc.), el ingreso familiar, las condiciones

¹⁶⁵ Guadalupe Soto-Estrada, Laura Moreno-Altamirano y Daniel Palma-Díaz, Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2016 p. 13.

¹⁶⁶ Julio Frenk y cols., La transición epidemiológica... *op. cit.*, p. 487.

laborales, la recreación, entre otros. En suma, la solución a la problemática del proceso salud-enfermedad no parece estar ligado a la perpetuación del modelo actual centrado en la acción del médico, sino en su socialización.

Parte fundamental de la transición epidemiológica es el creciente número de enfermos que deberán convivir con su enfermedad crónica el resto de su vida, de manera que tendrán que enfrentar diversas adversidades para continuar haciendo su vida a pesar de hallarse enfermos. El enfermo crónico se incorpora a un conjunto cada vez más numeroso de pacientes que establecen una relación diferente con el médico y las instituciones de salud, habitualmente de dependencia, de manera que ello actúa en menoscabo de su autonomía y libertad.

Es así que el enfermo pasa a formar parte de una, cada vez más extensa, organización de servicios que incorporan enfermos a una red clientelar que proporciona infinidad de mercancías entre medicamentos, alimentos, calzado, indumentaria, entre los más comunes. Así como diversos servicios para su nueva condición de enfermo crónico. Los enfermos crónicos conforman un nutrido grupo de individuos, a los cuales, el conjunto de organismos que participan en el proceso de medicalización dirige su mirada y destina grandes esfuerzos en su afán por conquistarlos y “cautivarlos”. Es en este sentido que resuena la conocida frase de que “toda persona sana es un enfermo que ignora que lo es”.

3.2 Progreso y práctica médica en la Época Moderna y Contemporánea

A juicio de Bury, la idea de progreso surgió en el siglo XVII para convertirse en una visión del mundo. Mientras los humanos mantuvieron el sentimiento de dependencia de la Providencia religiosa, no se logró fraguar una teoría del progreso. La apuesta por el progreso terminó por asumir gradualmente la función de la Providencia para prever y ocuparse anticipadamente de las necesidades del futuro. Según Löwith:

“...el punto de partida de la moderna religión del progreso es la esperanza escatológica en una consumación futura”.¹⁶⁷

¹⁶⁷ Karl Löwith, *Historia del mundo y salvación... op. cit.*, p. 83.

La idea de un progreso histórico continuo e ilimitado alcanzó su cumbre en el siglo XVIII. En los planteamientos de Turgot y Condorcet, la idea del progreso y la filosofía de la historia que le es propia, estaban vinculadas al surgimiento de la nueva conciencia de la Ilustración. El economista y político francés Anne Robert Jacques Turgot visualizó una historia progresiva de la humanidad diferente a la historia de la naturaleza:

Los fenómenos de la naturaleza, sometidos a leyes constantes, están encerrados en un círculo de revoluciones siempre iguales. Todo renace, todo perece [...]. La sucesión de los hombres, al contrario, ofrece de siglo en siglo un espectáculo siempre variado.¹⁶⁸

La diferencia entre la humanidad y la naturaleza radica en que la sucesión de los hombres ofrece nuevos acontecimientos y, mediante el lenguaje y la escritura, los seres humanos aseguran la posesión de sus ideas y las comunican a los otros, dando lugar a la acumulación de conocimiento que se transmite de una generación a otra. De esa manera, el género humano progresa hacia una perfección mayor. En contraste, la naturaleza no hace sino repetirse. En suma, Turgot confió en el progreso ilimitado de la humanidad.

Por otra parte, a decir de Bury, el filósofo francés Nicolas de Condorcet se ocupó de resumir el proyecto de la historia de la civilización mediante la idea de progreso. Para Condorcet, la Revolución Francesa, la Independencia de los Estados Unidos y el movimiento antiesclavista le hicieron suponer que se estaba viviendo “una de las mayores revoluciones de la humanidad”.¹⁶⁹ Esto estimuló su confianza en el progreso, de manera que planeó su obra para que fuese útil en momentos de crisis de la humanidad en los cuales “la mejor guía sería una descripción de las revoluciones del pasado”.¹⁷⁰

¹⁶⁸ Anne Robert Jacques Turgot, *Discursos sobre el progreso humano* [Estudio preliminar, traducción y notas de Gonçal Mayos Solsona], Madrid, Tecnos, 1991, pp. 35-36.

¹⁶⁹ Bury, J. *La idea de progreso.... op. cit.*, p. 214.

¹⁷⁰ *Idem.*

Condorcet dividió en etapas la evolución histórica del espíritu humano, desde su infancia hasta el momento histórico del cual él participaba, agregando una última etapa en la cual esboza la evolución del espíritu humano. Su argumento central es el perfeccionamiento ilimitado de las facultades intelectuales y morales del hombre, que no son resultado de la Providencia religiosa sino de la dinámica propia de la historia, de manera que la humanidad avanza hacia la verdad, la virtud y la felicidad. Para él, el progreso significó la reducción de la ignorancia, el poder liberador de la razón, el dominio del saber y la superación del pasado. Condorcet identificó el progreso histórico a partir de concebir que el tiempo lineal y progresivo conduce al perfeccionamiento ilimitado; auguró que la humanidad llegaría a vivir al margen de la enfermedad y la vejez, es decir, podría postergar la muerte en forma indefinida.¹⁷¹

La reflexión de Condorcet sobre el progreso del espíritu humano y, por ende, su progreso material y moral, definió el rumbo de la historia. La esperanza en el engrandecimiento de la humanidad como resultado del ensanchamiento y profundización del conocimiento logró conquistar la visión de las generaciones que le sucedieron. En el ámbito de la salud, sus afirmaciones desembocaron en un conjunto de acciones orientadas a la materialización de su utopía. La fe en el progreso incontenible de la salud de las sociedades ha tenido severas consecuencias. La potente ciencia médica que posibilitaría vivir más y mejor a la humanidad, ha derivado en una instancia que controla y somete.

Asimismo, en Kant estuvo presente la idea de progreso que inicia desde la barbarie, seguido de períodos de crisis, hasta llegar a un estado ideal donde el hombre y los Estados alcanzarán un estado de paz y seguridad. Todo esto de acuerdo con el plan de la Naturaleza que, en alguna medida, el hombre desconoce pero, a través de la razón se puede adecuar a él. Así, el hombre pasa de la rudeza a la cultura; mediante la Ilustración, fundamenta su pensamiento,

¹⁷¹ Nicolas de Condorcet, "Décima época. De los futuros progresos del espíritu humano", en *Bosquejo de un cuadro histórico de los progresos del espíritu humano* [Traducción de Marcial Suárez] Madrid, Editora Nacional, 1980. pp. 225-249.

desarrolla talento y gusto, y hay un desarrollo material y un progreso moral.¹⁷² La Revolución Francesa le permitió apoyar su idea de un continuo progreso moral y político.

La Ilustración volcada en pos de un sujeto autónomo, autosuficiente, libre y emancipado, consideró posible su progreso y felicidad perfecta.¹⁷³ Según Kant, “la Ilustración consiste en que el hombre sale de la minoría de edad”; ¡ten el valor de servirte de tu propio entendimiento! (¡*Sapere aude!*), esta frase fue el emblema de la Ilustración. Kant sentó las bases epistemológicas para hacer realidad la autonomía del sujeto, encumbró al sujeto en términos epistemológicos y modificó el escenario filosófico de la modernidad. Ante la pregunta ¿qué debo hacer? responde: “Atrévete a pensar por cuenta propia y sé plenamente tu mismo”. Para Kant, la razón debe anticiparse con los principios de sus juicios y debe obligar a la naturaleza a responder sus preguntas sin dejarse conducir con andaderas.¹⁷⁴

La filosofía ilustrada del progreso se soportó en: a) la sustitución de la idea de la Providencia por la Ley o razón inmanente de la historia; b) una concepción lineal y homogénea del tiempo, en la cual la historia adquiere una dirección progresiva, irreversible e interminable. La idea de un progreso indefinido provoca una ampliación del futuro al grado de introducirse en el presente; c) la universalidad de la ley del progreso que se extiende a toda la humanidad, esta idea brinda soporte intelectual al colonialismo; d) la fe en la razón y, en especial, del conocimiento que proviene de la ciencia moderna.

La idea de progreso también fue parte central de la obra de Augusto Comte, para quien las leyes que regían los procesos históricos habían determinado el arribo de la humanidad al estadio positivo luego de haber dejado atrás los estadios teológico y metafísico. La etapa positiva de la historia representa la liberación de los prejuicios y la cristalización del destino del hombre, en la cual el papel del conocimiento no es el de sólo un instrumento para satisfacer las necesidades

¹⁷² Immanuel Kant, “Idea de una historia universal desde el punto de vista cosmopolita”, en *Filosofía de la historia. Qué es la Ilustración* [Traducción de Emilio Estiú y Lorenzo Novacassa], La Plata, Terramar, 2004, pp. 20-28.

¹⁷³ Simón Marchán Fiz, “Introducción”, en *La estética en la cultura moderna*, Madrid, Alianza, 2000, p. 14.

¹⁷⁴ Immanuel Kant, *Crítica de la Razón Pura* [Prólogo, traducción, notas e índices de Pedro Ribas], México, Taurus, 2006, p. 14.

humanas, sino que la historia de la humanidad puede leerse como la historia de la ciencia y la supremacía del conocimiento científico.

Otra reflexión sobre el progreso corrió a cargo de Hegel. Su idea de progreso está vinculada a conceptos como la evolución, el despliegue, la dialéctica, la historia, el pensamiento y la libertad, dentro de los principales. A diferencia de otros, Hegel consideró el progreso en forma dialéctica, con sus contradicciones.¹⁷⁵ Sobre la dialéctica afirmó que constituye el alma motriz del progreso científico. Su concepción de la dialéctica es ver a la historia como una lucha de los contrarios que, continua y acumulativamente, llega a síntesis cada vez mayores, y la humanidad progresa en forma incesante.¹⁷⁶

Para Hegel, la historia es el despliegue del espíritu en el tiempo, y la esencia del espíritu es la libertad. En la historia de la humanidad es esencial el desarrollo y la expansión de la libertad. A su juicio, sólo las naciones germánicas llegaron, con el cristianismo, a la conciencia de que el hombre es libre y de que la libertad del espíritu constituye su naturaleza más propia. Esta conciencia surgió por primera vez en la religión, en la más íntima región del espíritu. Pero infundir este principio en el mundo temporal era otra tarea, cuya solución exige un largo trabajo de educación. En suma, la historia universal es el progreso en la conciencia de la libertad.¹⁷⁷

A juicio de Nisbet, la idea de progreso alcanzó su cúspide a mediados del siglo XVIII y durante el XIX, pues de ser una de las ideas importantes pasó a ser la idea dominante Occidente, inclusive por encima de ideas como la libertad, la igualdad y la soberanía popular. Sin embargo, merced a la fe en el progreso, dichas ideas dejaron de ser anhelos para convertirse en objetivos estimados como alcanzables. La fe en el progreso también emergió asociada a la fe en el crecimiento económico,¹⁷⁸ así como al desarrollo de diversos ámbitos de la vida

¹⁷⁵ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, *Enciclopedia de las ciencias filosóficas* [Traducción de Eduardo Ovejero y Maury], México, Juan Pablos, 2002, p. 20 [§ 11].

¹⁷⁶ *Ibid.*, pp. 73-74 [§ 81 y § 82].

¹⁷⁷ Georg Wilhelm Friedrich Hegel, *Lecciones sobre la filosofía de la historia universal* [Traducción de José Gaos], Madrid, Tecnos, 2005, pp. 128-129.

¹⁷⁸ Robert Nisbet, *Historia de la idea de progreso... op. cit.*, pp. 243-251.

humana que sólo serían posibles gracias al desarrollo del saber. Durante el siglo XIX, la ciencia adquirió cada vez mayor fuerza, dando lugar a nuevas disciplinas.

La modernidad empleó la idea de progreso para sustentar la esperanza en un futuro caracterizado por la libertad, la igualdad y la justicia individuales. Para la civilización occidental, la idea de progreso se articula, a su vez, con una idea de historia concebida como el avance de la humanidad en su lucha por perfeccionarse hasta alcanzar en el futuro una condición cercana a la perfección de la humanidad. En la época moderna, dicha idea conserva una pluralidad de significados. Algunos piensan el progreso como perfeccionamiento de carácter técnico o cognoscitivo, otros tienden a pensarlo como un crecimiento ético, y para otros consiste en el arribo a la felicidad del género humano. Al hablar de progreso, podríamos referirnos a variantes de tipo epistémica, ética y eudemónica respectivamente, como lo apuntó Francisco Contreras.¹⁷⁹

Una de las aspiraciones básicas en la Época Moderna fue mejorar las condiciones sanitarias de la sociedad. En un ambiente influido por la idea de progreso, la cual no quedó limitada a los círculos intelectuales, sino que se desdobló para formar parte de la mentalidad popular, su relación con la salud se fortaleció sensiblemente. La medicina moderna, cuya emergencia estuvo animada por el anhelo de constituirse en un saber científico, es una disciplina muy joven con apenas unos 300 años de haber surgido como un saber racional.¹⁸⁰

En la Edad de la Razón, el enfoque científico de los problemas sanitarios participó en la configuración de la idea ilusoria de que la medicina formaría parte de una nueva era. La medicina moderna, alentada por la teoría del progreso, se sumó al esfuerzo para el perfeccionamiento ilimitado que, en términos sanitarios, lograría mantener a la humanidad libre de la amenaza de la enfermedad y del envejecimiento, y en la que la muerte se podría postergar indefinidamente. Como lo apuntó Dubós, en la Época Moderna, se consideró posible el arribo de la humanidad a un estado de plenitud en términos de salud, de la mano de la

¹⁷⁹ Francisco Contreras Peláez, "El concepto de progreso: De San Agustín a Herder", *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 37 (2003), p. 244.

¹⁸⁰ Ruy Pérez Tamayo, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I... *op.cit.*, p. 19.

ciencia.¹⁸¹ Además de considerar a la ciencia como el instrumento más eficaz para generar riqueza y poder, el mundo moderno también la concibió como un recurso imprescindible para el perfeccionamiento sanitario.

La idea ilustrada del progreso engendró gran optimismo. Sin embargo, ha sido puesta en tela de juicio. En su crítica participaron Rousseau, Herder, Schopenhauer, Horkheimer y Adorno, Benjamin e Iván Illich, entre otros. Este último analizó el progreso como una ideología de carácter burgués que, a través de las instituciones que la conforman, se le ha impuesto a la sociedad contemporánea, pues las instituciones se han apropiado de la existencia humana. A menudo, Illich hace referencia a *Némesis*, deidad griega que personifica la venganza divina que se aplica a los seres humanos que han incurrido en la *hybris* (desmesura u orgullo), al pretender emular a los dioses o a rivalizar con ellos.¹⁸² Al referirse al hecho de que con la industrialización la *hybris* se propagó, Illich afirmó:

El progreso material sin límites ha llegado a ser la meta del hombre común. *Hybris* industrial ha destruido la mítica estructura de los límites de fantasías irracionales, ha logrado que parezcan racionales las respuestas técnicas a sueños insensatos y ha convertido la búsqueda de valores destructivos en una conspiración entre proveedor y cliente. Némesis para las masas es actualmente la repercusión ineludible del progreso industrial. Némesis moderna es el monstruo material nacido del suelo industrial desmesurado. Se ha difundido a todo lo largo y lo ancho como la escolarización universal, el transporte masivo, el trabajo industrial asalariado y la medicalización de la salud del vulgo.¹⁸³

El cuestionamiento está dirigido al modelo de vida contemporáneo en alianza con el progreso. Es por eso que su crítica abarcó diversos campos del acontecer humano. Desde la perspectiva de Illich, la medicina funciona como una

¹⁸¹ René Dubos, *El espejismo de la salud... op. cit.*, pp. 26-27.

¹⁸² René Martín (Dir), *Diccionario Espasa. Mitología griega y romana*, Madrid, Espasa Calpe, 2005, p. 233.

¹⁸³ Iván Illich, "Némesis Médica"... *op. cit.*, pp. 749-750.

empresa cuyo ejercicio constituye una amenaza a la salud mediante el monopolio profesional y la medicalización de la vida.

3.2.1 La utopía de la salud perfecta

La concepción de la salud ha transitado desde una explicación primitiva con componentes míticos, mágicos y religiosos, hacia una de tipo racional y científico. Una vez que en 1946 la OMS asumió la directriz de la política sanitaria global, definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición forma parte de una visión integral del bienestar. No obstante, ha sido calificada como utópica, idealista o inalcanzable pues, de ceñirse con rigor a ella colocaría a la gran mayoría de las personas como carentes de salud.

Han surgido otras definiciones idealistas como la emitida por el Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, para quienes “la salud es la forma de vivir autónoma, solidaria y profundamente alegre”.¹⁸⁴ Este concepto pone énfasis en la armonía, el bienestar y la calidad de vida. Por su parte, René Dubos afirmó que “la salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria”.¹⁸⁵ En estos dos conceptos, la participación, la realización personal, la autonomía, las relaciones de apoyo con los otros y la adaptación adquieren gran importancia. Dubos enfatiza en que los seres vivos sólo pueden sobrevivir y funcionar eficazmente si se adaptan a las condiciones del medio.

La introducción de los primeros medicamentos antimicrobianos, durante la primera mitad del siglo XX, para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, contribuyó a alimentar la idea de la conquista final de este grupo de enfermedades. Sin embargo, el efecto de los antimicrobianos es sólo un aspecto específico de un conjunto de factores que contribuyeron a mitigar la virulencia y letalidad de dichos males. Los logros alcanzados en el combate de las enfermedades infecciosas fueron el resultado del establecimiento de políticas sanitarias y económicas ulteriores a la industrialización.

¹⁸⁴ Francisco Javier Yuste Grijalba, Concepto de salud, *Aldaba*, Núm 10, (1988), p. 8.

¹⁸⁵ Dubos, René, *El espejismo de la salud... op. cit.*, p. 35.

La creencia de que las enfermedades en general y las enfermedades infecciosas en particular pueden ser conquistadas mediante el empleo de medicamentos no toma en cuenta la multicausalidad de las enfermedades ni la complejidad de los problemas humanos. La reducción en los estragos ocasionados por los brotes epidémicos de enfermedades infecciosas fue resultado de las modificaciones en la nutrición, en las condiciones laborales y la salubridad ambiental, más que a la introducción del tratamiento farmacológico antimicrobiano.

Por el contrario, los estudios sobre el incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades circulatorias, enfermedad mental, cáncer, entre las más importantes, han concluido que dicho patrón epidemiológico se encuentra fuertemente asociado con las modificaciones en el estilo de vida contemporáneo. El sedentarismo, el cambio en los hábitos alimentarios y el estrés son condiciones que se encuentran en la base de las entidades clínicas antes citadas. Aunque se conoce la base en que se encuentran asentados este grupo de problemas de salud, las políticas sanitarias acordes a dicha problemática aún no han sido instrumentadas, pues entrarían en franca contradicción con el sistema económico imperante.

Con respecto a la creencia en la capacidad humana para la eliminación de las enfermedades, Dubos señala:

Entre todas las utopías médicas que han florecido en el curso del tiempo, ninguna ha sobresalido de modo tan constante y con tantas formas como la creencia en que la enfermedad pudiera eliminarse por completo de la faz de la tierra.¹⁸⁶

Para este autor, tal creencia refleja la pobreza crítica respecto a conferirle ciertos límites a la ciencia. No obstante el avance en el saber médico y la reducción en la incidencia de algunas enfermedades, en especial las infecciosas, constantemente emergen nuevos problemas de salud que hacen que los seres

¹⁸⁶ René Dubos, *Los sueños de la razón. Ciencia y utopías* [Traducción de Juan Almela], México, Fondo de Cultura Económica, 1996, p. 64.

humanos contemporáneos mantengan, día a día, una mayor dependencia de los medicamentos para subsistir. Al final de la segunda mitad del siglo XIX, el filósofo e historiador francés Ernest Renan había mostrado su escepticismo al declarar que la principal contribución de la ciencia sería librar al mundo de supersticiones, más que revelar la verdad última.¹⁸⁷ La postura de Renan reflejaba el ánimo imperante en algunos círculos de la intelectualidad francesa decepcionados por la ciencia.

Para el intelectual francés Lucien Sfez, la aspiración a la salud perfecta se ha transformado en el imperativo categórico de nuestros tiempos, pues es cada vez más potente y se encamina a gobernar a todos los espíritus.¹⁸⁸ El sueño actual es el nacimiento de un hombre que gozará de una “gran salud” incluso antes de nacer, gracias a una “prescripción” que impedirá toda enfermedad hereditaria y toda predisposición a padecer otras enfermedades, esto es, una vida de bienestar libre de enfermedades. La prescripción médica que decide la gran salud para un individuo por nacer viene a instaurar nuevas certidumbres, merced al apoyo de las biotecnologías, sin las cuales la gran salud es inconcebible.¹⁸⁹

De acuerdo con el sociólogo alemán Wilhelm Emil Muhlmann, el lenguaje científico parece encubrir el hecho de que las utopías han devenido realidad, o al menos, pueden lograrlo. El ideal de la salud total, la felicidad perfecta y de la inmortalidad forma parte del discurso de la ciencia que sistemáticamente se hace presente para hacernos recordar que las utopías se han materializado.¹⁹⁰ Este autor encuentra en las profecías la raíz de la utopía de la salud total y la inmortalidad. Por tanto, la utopía de la salud total cumple una función de carácter ideológico frente a la carencia de bienestar terrestre.

A pesar de la crítica a la idea utópica de la salud perfecta, la sociedad contemporánea simpatiza con la idea de que dicho estado se encuentra a nuestro alcance. Esta idea ha sido nutrida y extendida gradualmente por un sistema económico que ha hecho del mercado su bastión privilegiado, esto es, el escenario en donde se enfrentan y autorregulan la oferta y la demanda, en una

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 18.

¹⁸⁸ Lucien Sfez, *La salud perfecta* [Traducción de Eva Tabakián y Pablo Rodríguez], Buenos Aires, Prometeo, 2008, pp. 9-17.

¹⁸⁹ *Ibid.*, pp. 32-35.

¹⁹⁰ *Ibid.*, pp. 43-44.

relación básica de producción y reproducción para el intercambio. En su expresión moderna, la medicina institucionalizada ha consumado lo que Illich denominó la expropiación de la salud, es decir, la medicina ha contribuido a la pérdida de autonomía del individuo, haciéndolo incapaz de enfrentar el dolor, el sufrimiento y la muerte, todo ello en detrimento de la propia salud. En sociedad con la industria sanitaria, la medicina abandonó su razón de ser primigenia para decantarse en aras del negocio.

Hacer dependientes del médico a individuos y poblaciones humanas, ha sido una de las consecuencias de la aplicación del modelo de medicina institucionalizada y su anhelo de la cobertura sanitaria universal. Convertir a los sujetos y a las poblaciones sanas en enfermos ha constituido un objetivo en pos del cual se ha volcado la industria sanitaria. El médico ha sido el elegido para personificar el monopolio de la salud, aunque éste sólo sea el que da la cara a la sociedad. Sin embargo, el verdadero motor del paradigma médico moderno es la industria sanitaria a través del proceso creciente de medicalización de la vida.

La utopía de la salud perfecta ha sido un poderoso argumento del poder económico para legitimar el monopolio de la salud. Para los médicos hispanos Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández, la expropiación de la salud se lleva a cabo mediante: la aceptación de la falsa dicotomía biológica entre salud y enfermedad; la biometría y la ampliación de los límites de la enfermedad; las distintas definiciones de *normalidad*; la manipulación del “derecho a la salud”; el incremento en la necesidad de consultar; la simplificación de la narrativa del paciente; la ignorancia de la carga de la enfermedad; la negación del mundo interior del paciente; su comercialización; la falacia del diagnóstico precoz; el diagnóstico de factores de riesgo de enfermedades genéticas; la etiqueta diagnóstica y el rechazo al dolor, al envejecimiento y a la muerte.¹⁹¹

3.2.2 Crítica al progreso en salud

En la época moderna la ciencia se vislumbró como un poderoso recurso a la altura de la razón capaz de proporcionar una lista, cada vez mayor, de satisfactores a las

¹⁹¹ Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández, *La expropiación de la salud*, Barcelona, Los Libros del lince, 2015, pp. 21-35.

crecientes necesidades humanas. La persistente ampliación del saber médico parece un acontecimiento inobjetable. Cada día se conocen con mayor precisión la fisiología humana, los mecanismos que entran en juego para producir enfermedad, así como los criterios para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. La incorporación de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud ha extendido las capacidades humanas, para la mejor comprensión de la enfermedad y sus condicionantes.

El saber médico y la creciente tecnología para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, tanto para la prevención como para la recuperación de la salud, contribuyeron a acrecentar la monumental expectativa de que la humanidad avanza progresivamente hacia mejores condiciones de salud de la población. Sin embargo, a decir del médico mexicano Onofre Muñoz, ha ocurrido cierto grado de desilusión ante los resultados alcanzados.¹⁹² Respecto al progreso Löwith señaló:

Y nosotros mismos, que nos hallamos al comienzo de la época atómica, estamos, a la vez, liberados y encadenados por nuestro poder. El optimismo del progreso de los siglos XVII y XIX no había previsto que la liberación puede encadenar.¹⁹³

De acuerdo con este autor, el progreso se ha convertido en una fatalidad o en una fuente de desdicha para ser humano. En la época contemporánea la creencia en el progreso se ha hecho día a día más dudosa.

En el desarrollo de una visión de progreso en salud, es clara la influencia ejercida por una Ilustración que apostó por la razón, el conocimiento científico, la investigación, la ciencia y la técnica modernas. Dicha concepción de progreso en salud se concibió de manera lineal, progresiva e irreversible, además de encontrarse estrechamente articulada con el modelo hegemónico de la medicina alópata que margina otra clase de saberes como la medicina homeópata o la

¹⁹² Onofre Muñoz Hernández, *Discurso pronunciado en ocasión de la conmemoración del día del médico*. Mecanuscrito no publicado, México, octubre del 2006.

¹⁹³ Karl Löwith, "La fatalidad del progreso"... *op. cit.*, p. 278.

medicina tradicional, entre otras. De esta forma, la Ilustración operó bajo el principio de identidad en la que no hay cabida para lo diferente.

La Ilustración creó la idea ilusoria de que, en el ámbito de la medicina, la Edad de la Razón sería el inicio de una nueva era. Para los Enciclopedistas, la ciencia no sólo era el instrumento mediante el cual se haría posible el progreso, sino que se convertiría en la patrocinadora del Milenio. De esta forma, el anuncio de la llegada, en el futuro cercano, de una época dorada para la humanidad pasó a ser la promesa de los científicos. Las formas más eficaces para prevenir la enfermedad se orientaron a corregir, mediante el apoyo de medidas sociales, las injusticias y la fealdad ocasionadas por la industrialización. Dubos señala que no obstante el contraste entre las condiciones de vida del hombre civilizado y las del hombre en el utópico estado natural narrado por exploradores del Pacífico, se desataron movimientos de reforma que cobraron fuerza durante el siglo XIX.¹⁹⁴

De acuerdo con Dubos, los reformadores del siglo XIX destacaron las ventajas del consumo de agua, el aire y los alimentos puros para combatir las enfermedades infecciosas y mejorar la condición nutricia. Había más o menos un consenso de que la única forma de alcanzar la salud y la felicidad era el retorno a la naturaleza. Sin embargo, esto se debió más a su optimismo por la erradicación de los males sociales que a la comprensión de los asuntos médicos.¹⁹⁵ Aunque la ciencia moderna hizo alarde de sus impactos en salud, en realidad, su eficacia fue inferior a lo expresado en el discurso, pues las enfermedades infecciosas como la peste, el tifo o el paludismo, habían dejado de ser una amenaza para la salud pública aún previo al conocimiento de los agentes infecciosos. La incidencia de padecimientos infecciosos y de la malnutrición ya venía a menos cuando los científicos del siglo XIX irrumpieron en el escenario de la salud.

El descubrimiento de los antimicrobianos durante la primera mitad del siglo XX, alimentaron la ilusión de que la sociedad se hallaba en la antesala de la erradicación de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, como se ha señalado, tales logros no mostraron el inicio de una nueva era, sino simples modificaciones en el devenir de la medicina. Con el advenimiento de los

¹⁹⁴ René Dubos, *El espejismo de la salud... op. cit.*, pp. 27-29.

¹⁹⁵ *Ibid.*, pp. 31-33.

antimicrobianos, algunas enfermedades consideradas como fatales pudieron ser curadas. Los logros alcanzados con la terapia antimicrobiana son inobjetables. Sin embargo, no hay motivo para creer que ello significa la conquista de las enfermedades infecciosas, pues el efecto de los antimicrobianos es sólo un aspecto de una serie de acontecimientos que se han conjugado para reducir la frecuencia de la letalidad de algunas entidades infecciosas.¹⁹⁶

Es inobjetable que los mayores resultados alcanzados en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, que tuvo lugar en el ámbito de las enfermedades infecciosas, obedecieron a la introducción de reformas sociales y económicas posteriores a la industrialización. La mejora en la alimentación redujo significativamente la ocurrencia de afecciones nutricionales. El control de las epidemias se logró, en mayor medida, gracias al mejoramiento en las condiciones materiales de vida y no tanto por el empleo de antimicrobianos. Por el contrario, el control del cáncer, las enfermedades vasculares y los desordenes mentales que no formaron parte de la política sanitaria continuaron siendo considerados como problemas de salud pública.¹⁹⁷

La idea moderna de progreso fue el hilo conductor del pensamiento histórico desde el siglo XVII, alcanzó su cúspide en el siglo XVIII y, durante el siglo XIX, su vigencia empezó a ser puesta en cuestión. Sin embargo, su descrédito se agravó después de la primera guerra mundial. La valoración positiva del progreso coincidió con el inicio de la industrialización, el bienestar social y la seguridad, la lucha contra las epidemias, las enfermedades y la mortalidad prematura, entre otras variables. Löwith nos recuerda que, en torno al progreso, se entabló una competencia mundial de manera tal que, si se logró elevar el promedio de vida de 40 a 60 años, más tarde se buscó transitar de los 60 a los 90.¹⁹⁸

La médica británica Innes Hope Pearse, quien encabezó el Experimento Peckham, cuyo propósito fue estudiar y promover la salud en un contexto social, luego de reconocer los logros de la medicina en cuanto al descubrimiento de nuevos tratamientos, medicamentos y técnicas, afirmó que dichos recursos no han

¹⁹⁶ *Ibid.*, pp. 173-176.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 179.

¹⁹⁸ Karl Löwith, "La fatalidad del progreso"... *op. cit.*, pp. 262-266.

logrado la erradicación de las enfermedades y no parece que estemos más cerca de la salud como se auguraba. Para ella:

La enfermedad ha sido estudiada bajo el microscopio; se ha visto a la célula del cáncer, a las bacterias y a los muchos neutralizadores del cuerpo. [...] No obstante, todo este estudio de la enfermedad no nos revela las leyes de la salud. Por eso, es necesario estudiar a la salud misma.¹⁹⁹

El modelo de abordaje empleado por la medicina moderna ha centrado su esfuerzo en el estudio de la enfermedad. Resulta evidente que el pensamiento occidental ha dado por hecho que el estudio de la enfermedad permitirá contar con una sólida argumentación para explicar y comprender la salud. No obstante que salud y enfermedad son expresiones de un mismo proceso, eso no significa que el estudio exhaustivo de la enfermedad asegure el conocimiento suficiente de la salud. Tal parece que la salud tiene un patrón de comportamiento propio que, a su vez, la distingue del que posee la enfermedad. Aunque la enfermedad ha sido estudiada a profundidad, la salud se comprende todavía muy poco.

Según Proudhon, la emergencia de la moderna idea de progreso coincidió con el hecho de que el hombre y la justicia humana asumieron la conducción de los asuntos humanos, es decir, mediante la fe en el progreso, el hombre reemplazó la fe en la Providencia a partir de la Edad Moderna.²⁰⁰ Asimismo, Heidegger afirmó que, dentro de los fenómenos esenciales de esta misma Edad, se encuentran su ciencia y su técnica mecanizada. La ciencia moderna se diferencia de las ciencias antigua y medieval por su exactitud, además de que su esencia es la investigación. La ciencia moderna se convirtió en investigación a través del proyecto y gracias al aseguramiento, en el rigor de su proceder anticipador, esto es, tanto el proyecto como el rigor se despliegan en el método.²⁰¹ En suma, una forma práctica de manifestación del progreso se visualiza en la

¹⁹⁹ Innes H. Pearce, La salud del individuo, de la familia, de la sociedad, *Medicina Social*, volumen 4, número 3, septiembre 2009, pp. 220-221.

²⁰⁰ Karl Löwith, *Historia del mundo y salvación... op. cit.*, pp. 83-84.

²⁰¹ Martin Heidegger, "La época de la imagen del mundo", en Heidegger, Martin, *Caminos de bosque* [Traducción de Helena Cortés y Arturo Leyte], Madrid, Alianza, 2010, p. 63 [§ 69].

ciencia y en la técnica modernas. La relación que el sujeto moderno establece con el mundo siempre está mediada por la técnica.

En el ámbito de la salud, ésta no ha sido ajena a la idea de progreso. Sin embargo, como lo apuntaron Hegel y Löwith, sin percatarnos de ello, se suele sustituir la idea de progreso con la de desarrollo, despliegue o evolución, todos ellos conservan como característica en común el hecho de estar proyectados hacia el futuro. Para evaluar el progreso o desarrollo en salud a nivel de la población, es preciso considerar como base el concepto que se tenga de salud y, a partir de ello, evaluar periódica y sistemáticamente algunas variables del proceso salud-enfermedad en la población.

Si bien se ha observado una tendencia a extender la longevidad humana, parece pertinente preguntar: ¿estos resultados constituyen un progreso social? De ser así, ¿podemos atribuirselos al progreso en la ciencia médica? O bien, podemos pensar que obedecen a la modificación de factores económicos, sociales, de infraestructura sanitaria básica, entre los principales. Los estudios de McKeown en Inglaterra y Gales sobre la mortalidad (entre 1838 y 1976) por tuberculosis, una enfermedad con una fuerte carga social, así como por cólera, tifo, tifoidea y escarlatina, entre otras, demostraron que la mortalidad tuvo una disminución significativa previa al empleo de antimicrobianos específicos contra los microorganismos causantes de tales enfermedades e incluso antes de que se identificaran los microorganismos causantes. Tales resultados permitieron concluir que la merma en la mortalidad derivó de la modificación en las condiciones materiales de vida.²⁰²

Los hallazgos de McKeown cimbraron las bases de las corrientes biologicista y tecnologicista, al plantear la necesidad de considerar otras condicionantes no biológicas de la salud y la enfermedad, es decir, considerar a la salud y la enfermedad como fenómenos biológicos, psicológicos y sociales. La reducción en la mortalidad de diversas enfermedades infecciosas se produjo previa a la implantación de tratamientos médicos eficaces para su tratamiento y control. McKeown demostró que tales enfermedades infecciosas sufrieron un

²⁰² Ignacio Ovalle Fernández (Coord), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. Volumen 4 (Salud), México, Siglo XXI, 1998, pp. 19-20.

descenso gradual y sostenido independiente de la identificación del microorganismo causal, del descubrimiento de los antimicrobianos específicos, en el caso de enfermedades ocasionadas por bacterias, y del desarrollo de la propia vacuna contra la tuberculosis. El acceso a los alimentos, la mejora en la higiene, en el suministro de agua, los servicios de drenaje, la salubridad de viviendas y centros de trabajo, y la preocupación contra el contagio, entre otros, son factores que explican este decremento.

Desde el siglo XVIII Kant había anticipado que los científicos entendieron que la razón sólo reconoce lo que ella misma produce según su bosquejo, por lo tanto, la razón debe anticiparse con los principios de sus juicios de acuerdo con leyes constantes y tiene que obligar a la naturaleza a responder a sus preguntas.²⁰³ A partir de entonces el ser humano tiene conciencia de que cuenta con facultades que le permiten comprender y entender un mundo que parece hecho a su medida. En la Edad de la Razón, los problemas de salud empezaron a ser abordados mediante un enfoque científico. Para los Enciclopedistas, a decir de Dubós, la ciencia habría de convertirse en la patrocinadora del milenio. La moderna ciencia médica estaba llamada a contribuir en la recuperación del orden, luego del caos provocado por la civilización urbana e industrial.²⁰⁴ Agrega este autor que:

El hombre moderno, probablemente no más sabio pero ciertamente más engreído, proclama ahora que la gran ruta hacia el control de las enfermedades es la del conocimiento científico y la tecnología. “La salud puede comprarse”, ha llegado a decir [...] una de las eminencias de la medicina norteamericana.²⁰⁵

El desarrollo de la ciencia y la técnica como un fenómeno esencial dominante en la modernidad se colocó en el centro del interés. En su reflexión sobre la época moderna, Heidegger definió cinco fenómenos que la distinguen, dentro de ellos se encuentran la ciencia y la técnica mecanizada, ambas

²⁰³ Immanuel Kant, *Crítica de la Razón Pura... op. cit.*, p. 14.

²⁰⁴ René Dubos, *El espejismo de la salud... op. cit.*, pp. 28-32.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 33.

consideradas en el mismo plano de importancia y rango.²⁰⁶ Este autor afirmó que lo fundamental en la modernidad fue que el ser humano se convirtió en el ente sobre el cual se fundamenta todo ente respecto a su modo de ser y a su verdad. El sujeto adquiere la soberanía sobre un mundo que parece estar a su disposición para que lo conozca, manipule y transforme, sin que se estén definidos los límites para ello.

El ser humano moderno, en una posición ambigua entre objeto de saber y de sujeto que conoce, es el encargado de fundamentar todo el conocimiento. No obstante, en el ámbito de la medicina institucionalizada, el propio ser humano también es reducido a un objeto de conocimiento, explotación y control, a capricho de un sistema de producción que todo lo convierte en mercancía, incluido el cuerpo y la salud. Si el cuerpo en la época moderna es una máquina y la enfermedad no es otra cosa que la disfunción de dicha máquina, la práctica médica se reduce a la reparación de tal maquinaria humana.

Con la mirada puesta en el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento del enfermo, la práctica médica moderna centró su esfuerzo en la obtención de información confiable mediante el interrogatorio al enfermo o sus familiares, la aplicación del método clínico, así como la interpretación de estudios de laboratorio y gabinete. Sin embargo, con la emergencia de la tecnología médica, que extiende las capacidades médicas para el estudio del paciente, a juicio de Alberto Lifshitz:

En la era de la tecnología la habilidad del clínico parece centrarse en la selección e interpretación de las pruebas diagnósticas, en el manejo diestro de artefactos y en el dominio de algunas técnicas relativamente poco complejas. Han quedado atrás el habilidoso interrogatorio y el complicado examen físico para ceder su lugar al aprovechamiento de métodos más dignos de crédito.²⁰⁷

El desarrollo de la ciencia y la técnica modernas impulsó el cambio de paradigma en la práctica médica. Se transformaron los procedimientos técnicos

²⁰⁶ Martin Heidegger, "La época de la imagen del mundo"... *op. cit.*, p. 63.

²⁰⁷ Alberto Lifshitz, *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica...* *op. cit.*, p. 7.

utilizados para obtener información de los enfermos con propósitos diagnósticos. A juicio de Lifshitz, la añeja tecnología simple o propedéutica tradicional que reunía recursos elementales, restringidos al interrogatorio y a la exploración física, fue complementada por la emergencia de una tecnología compleja, regularmente mecánica o electrónica.²⁰⁸ Aunque se trata de dos tecnologías complementarias, la tecnología compleja ha venido ganando cada vez mayor espacio. El médico clínico depende cada vez más de la tecnología, llegando al extremo de ser, si acaso, quien interpreta la información obtenida de las fuentes auxiliares.

Una polémica que envuelve la práctica médica de nuestros días es si la medicina es o no una ciencia. Para Lifshitz, las diferencias entre medicina clínica y la ciencia abarcan terrenos teleológicos, metodológicos, epistemológicos, conceptuales, instrumentales, entre otros. La clínica es, ante todo, una actividad empírica; que básicamente no se encamina a la generación de conocimiento sino al auxilio del enfermo; que se basa poco en mediciones objetivas y cuantitativas, y mucho en información subjetiva y cualitativa; en ella intervienen multitud de variables difíciles de sistematizar.²⁰⁹ Con base en estos argumentos, la medicina clínica se aleja de la ciencia para encontrar su fundamento básico en la experiencia clínico-empírica, aunque hoy en día lo empírico se suela asociar con charlatanería.

Si de lo que se trata es definir la ciencia de la medicina moderna, decía Gadamer:

“...la forma más aproximada de hacerlo sería concebirla como la ciencia de la enfermedad. Pues la enfermedad es la que aflora como lo perturbante, lo peligroso, aquello con lo cual hay que acabar”.²¹⁰

Nuestra experiencia científica y médica se orienta hacia el dominio de la enfermedad. En alguna medida, es como forzar a la naturaleza en el lugar y tiempo donde la enfermedad se manifiesta, esto es, lo relevante es ejercer un

²⁰⁸ *Ibid.*, pp. 59-60.

²⁰⁹ *Ibid.*, pp. 64-65.

²¹⁰ Hans-Georg Gadamer, *El estado oculto de la salud... op. cit.*, p. 121.

dominio sobre ella. El hermeneuta alemán subraya la obsesión moderna por la seguridad y la certeza metódica asociadas a la objetividad científica. Sin embargo, señala:

“Lamentablemente, es preciso reconocer que el avance de la ciencia se ha dado en forma pareja con un retroceso en el cuidado general de la salud y en la prevención de las enfermedades”.²¹¹

La práctica médica de nuestros tiempos ha centrado su interés más en la enfermedad que en la salud; más en lo individual que en lo colectivo; más en lo biológico que en lo social y psicológico; más en la curación que en la prevención; y más en la objetividad del médico que en la sensibilidad del individuo.

Atendiendo a la concepción moderna del cuerpo como máquina y como una entidad biopolítica, la medicina asume un papel protagónico en la vida cotidiana. La práctica médica es la instancia, designada por el poder, que se encarga de articular una estrategia que promueve la adopción de una serie de comportamientos acordes a la ideología que impera. Es la responsable de mantener y conservar en buen estado la fuerza de trabajo necesaria para la producción capitalista. De igual manera, contribuye a enmascarar y atenuar la escandalosa desigualdad social prevaeciente. Por otra parte, es la encargada de ingresar al individuo a una industria sanitaria que lo despoja de su autonomía para enfrentar la vida, al tiempo que lo introduce en un sistema de consumo compulsivo de recursos para la salud.

Asimismo, en la época contemporánea, el individuo enfermo o paciente tiende a ser cosificado. La relación entre el médico y el enfermo se transformó notablemente al alejarse de sus raíces históricas y de sus principios éticos. La práctica de la medicina contemporánea se caracteriza por una relación distante entre el médico y el paciente. Hay quienes atribuyen dicho trastorno a la ciencia y la tecnología por ser ellas las que se interpusieron entre los dos entes. Sin embargo, de acuerdo con la concepción heideggeriana de técnica moderna, la

²¹¹ *Ibid.*, pp. 121-122.

cosificación no solamente opera en términos instrumentales, sino básicamente en los ámbitos epistemológico y ontológico.

Una crítica a la práctica médica moderna es el proceso de deshumanización que enfrenta. El viejo espíritu de la práctica médica soportada en el *juramento hipocrático* hacía del actuar del médico un acto ético. Sin embargo, la deshumanización resulta de la operación de un modelo de práctica médica de corte racional y cientificista distanciada de la sensibilidad humana. Los principios hipocráticos en que se sustentó la práctica tradicional de la medicina fueron sustituidos gradualmente por principios económicos. En otras palabras, se sustituyó la ética médica tradicional por una moral utilitarista. En consecuencia, la deshumanización redujo las cualidades que distinguen a los humanos a meros objetos que deben ser estudiados, manipulados e intervenidos, y en los que la sensibilidad humana es un asunto secundario o marginal.

La concepción del cuerpo como máquina por Descartes, constituyó un punto de inflexión histórico. Sin abandonar la concepción dualista de raíz aristotélica sobre el ser humano poseedor de alma y cuerpo, el gran cambio consistió en no requerir del alma para explicar y fundamentar el funcionamiento del cuerpo. Eso no significó la renuncia a la vocación animista del alma sobre el cuerpo ni tampoco a la unión de ambas entidades, pues el alma está unida al cuerpo e interactúa con él. La concepción cartesiana del cuerpo fue decisiva en el desarrollo de la fisiología mecanicista y en el despegue de la ciencia moderna.

La concepción moderna de la enfermedad no es sino el resultado de la afección de alguna de las funciones de un órgano del cuerpo. En consecuencia, la medicina hizo del cuerpo enfermo su objeto de estudio privilegiado, orientó sus esfuerzos a indagar la causa de la enfermedad, adoptando para su estudio el modelo de la ciencia. La práctica médica consistió en la aplicación del método clínico para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. El enfoque científico de la práctica médica supuso el ascenso de la medicina en el tren del progreso. Sin embargo, en su afán de control de individuos y poblaciones, dicho saber fue instrumentalizado por el poder. La medicalización de la vida, como parte de la estrategia moderna para ejercer dicha soberanía, inició un potente despliegue a

partir de la segunda mitad del siglo XX, época en la cual ha vivido su mayor esplendor.

La medicina moderna se orientó hacia tres vertientes principales: anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, es decir, se investigaba la relación entre la afección anatómica y la manifestación de la enfermedad, el funcionamiento normal y anormal del organismo, así como el origen de la enfermedad respectivamente. El volumen alcanzado en el saber médico fue notable y encaminó a la práctica médica del siglo XIX hacia la especialización. La piedra angular en el tratamiento de la enfermedad se cimentó en la farmacoterapia, la cirugía, la dietética, la terapia física, la psicoterapia y la profilaxis.

La farmacoterapia que inició su desarrollo al inicio del siglo XIX merced a la investigación bioquímica sobre los principios activos de las plantas y sus efectos sobre el enfermo, al final del siglo XIX incorporó los primeros fármacos sintéticos. Se desató así un entusiasmo desenfrenado en la industria farmacéutica por la síntesis de medicamentos. Parte sustantiva de la práctica médica se encaminó hacia la prescripción de fármacos sintéticos. El siglo XX pudo atestiguar el monopolio del saber sobre el cuerpo y la apropiación del proceso salud-enfermedad por el médico moderno. El tratamiento de la enfermedad se convirtió en cosa de especialistas, únicos facultados por el Estado para la prescripción farmacológica. El terreno se encontraba suficientemente fértil para el establecimiento del imperio de la medicina en matrimonio con la industria farmacéutica.

Capítulo II. La salud, su relación con la biopolítica y el proceso de medicalización

1 La medicina como estrategia biopolítica

1.1 Despliegue de la biopolítica

El ejercicio de la práctica médica ha sufrido cambios no sólo en cuanto a las incorporaciones tecnológicas, sino también con respecto a los propósitos a los que responde. En sus orígenes, los seres humanos se propusieron emanciparse de la naturaleza. La medicina de entonces consistía en el auxilio al ser humano enfermo que había caído en desgracia ante ella. Sin embargo, en la Modernidad, los seres humanos pasan de siervos a señores, es decir, al pleno dominio de la naturaleza mediante su razón. La medicina moderna ahora juega un papel primordial para la dominación de las poblaciones humanas.

La medicina moderna pasó a ser organizada por los Estados. Las políticas sanitarias suelen ser diseñadas por organismos internacionales como la OMS y los Estados solamente se hacen cargo de la instrumentación de dichas políticas, así como de su regulación en cada país. La medicina moderna se erige como un saber institucionalizado cuyo ejercicio tiene implicaciones no solamente biológicas, sino también de carácter político e ideológico.

Cuando el filósofo marxista francés Louis Althusser conceptualizó al estado como una máquina de represión que permite asegurar la dominación de una clase sobre otra, afirmó que el estado funciona como un *aparato de estado*, a su vez, diversificado en *aparatos represivos* y *aparatos ideológicos*, los primeros funcionan mediante la violencia física o administrativa; y los segundos, a través de ideologías. Aunque en su análisis de estos últimos no incluyó a la medicina institucionalizada, señala que la lista de *aparatos ideológicos* exige ser revisada, comprobada, rectificada y perfeccionada.²¹² El sociólogo y médico estadounidense Peter Conrad se suscribió a la tesis althusseriana, colocando adicionalmente a la

²¹² Louis Althusser, "Ideología y aparatos ideológicos del estado", en *La filosofía como arma de la revolución* [Traducción de Óscar del Barco, Enrique Román y Óscar L. Molina], México, Siglo XXI, 1974, pp.110-116.

medicina institucionalizada como un *aparato ideológico* del estado para el control social.

De acuerdo con Foucault, la medicina institucionalizada es el ámbito en el cual se libra una lucha de carácter político, en el cual el poder despliega un conjunto de acciones para el control de los individuos y las poblaciones a través de procedimientos disciplinarios que vulneran la libertad humana. Este autor sostiene que en el capitalismo de finales del siglo XVIII e inicios del XIX:

El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.²¹³

De acuerdo con Foucault, inicialmente y hasta la segunda mitad del siglo XIX, la medicina no se planteó el problema del cuerpo humano, de la salud y de la fuerza productiva de los individuos para el sistema de producción capitalista. Él sostuvo la existencia de tres etapas en la configuración de la medicina social: la medicina de Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza de trabajo. Alemania desarrolló la “ciencia de Estado” para producir conocimiento que asegurara su funcionamiento. Se creó la policía médica encargada del registro de información sobre mortalidad, natalidad y epidemias, quedando la práctica médica y el saber en manos de las universidades, para luego, en la segunda mitad del siglo XVIII la medicina y el médico fueron el primer objeto de normalización.²¹⁴

En la Francia de la segunda mitad del siglo XVIII, la emergencia de la medicina social estuvo ligada a la creciente urbanización. El crecimiento acelerado de la ciudad provocó miedo y angustia ante el hacinamiento y las epidemias recurrentes, como la lepra y la peste. El plan de emergencia para enfrentar una epidemia consistía en que las familias permanecieran en su casa,

²¹³ Michel Foucault, “14. Nacimiento de la medicina social”, en *Estrategias de poder* [Introducción, traducción y edición de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría], Barcelona, Paidós, 1999, pp. 365-366.

²¹⁴ *Ibid.*, pp. 366-369.

se dividía la ciudad en barrios, en cada barrio se designaban vigilantes de barrio, inspectores de barrio y se emprendía la desinfección casa por casa. Los enfermos eran expulsados del espacio común, o bien, aislados, vigilados, controlados y medicalizados. Medicalizar a un individuo significaba separarlo para purificar a los demás. La medicina que se practicaba era de exclusión. Los cementerios eran controlados y ubicados en la periferia de la ciudad y se llevaba un registro.²¹⁵

Con respecto a la palabra *biopolítica*, el sociólogo alemán Thomas Lemke sostiene que ha sido empleada para reflexionar sobre asuntos heterogéneos.²¹⁶ Biopolítica es la fusión de dos conceptos que parecen contradictorios, pues la política implica actuar y decidir en conjunto, lo cual rebasa lo meramente individual y corporal. Dicho término designa un campo teórico y empírico que trasciende los límites de una sola disciplina.

Como se mencionó previamente, a partir de la noción de biopolítica, Foucault contribuyó al estudio sobre el proceso de medicalización. A pesar de no ser el autor del concepto de biopolítica, él le dio un nuevo impulso a su problematización. Este autor cita al sociólogo y economista alemán Alexander Rüstow quien fue el primero que empleó el concepto *Vitalpolitik* de la siguiente manera:

Una política de la vida que no esté esencialmente orientada, como la política social tradicional, hacia el aumento de los salarios y la reducción del tiempo de trabajo, sino que tome conciencia de la situación vital de conjunto del trabajador, su situación real, concreta, de la mañana a la noche y de la noche a la mañana.²¹⁷

En la construcción de dicho concepto, Rüstow tomó en cuenta al trabajador como un ente en una situación concreta. Sin embargo, más tarde, dicho concepto fue redimensionado por Foucault. A partir de la noción de biopolítica, este último

²¹⁵ *Ibid.*, pp. 371-374.

²¹⁶ Thomas Lemke, *Introducción a la biopolítica* [Traducción de Lidia Tirado Zedillo], México, Fondo de Cultura Económica, 2017, pp. 13-14.

²¹⁷ Michel Foucault, "Clase del 14 de febrero de 1979" en *Nacimiento de la biopolítica*, Curso en el Collège de France (1978-1979) [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 185.

problematizó el proceso de medicalización, de ahí la importancia para el presente trabajo. Por otra parte, se menciona que alrededor de 1920, el geógrafo, politólogo y político sueco Johan Rudolf Kjellén planteó una concepción organicista del Estado, es decir, el Estado como un organismo vivo en el cual tienen lugar las luchas sociales por intereses e ideas. Kjellén se refirió así a la biopolítica:

En vista de esta tensión característica de la vida misma, se despertó en mí la inclinación de bautizar esta disciplina según la ciencia especial de la vida, la biología, como biopolítica [...] En la guerra civil de los grupos sociales se reconoce claramente la desconsideración en la lucha por la vida para la existencia y el crecimiento, mientras que, al mismo tiempo, dentro del grupo se puede constatar una fuerte cooperación para la existencia.²¹⁸

El estado como un colectivo con cuerpo y espíritu propios fue una idea compartida por otros de los contemporáneos de Kjellén, quienes vieron en la política, la economía, la cultura y el derecho, la manifestación de las fuerzas orgánicas que configuran el Estado. En otras palabras, vieron un Estado originario que precede tanto a los individuos como a las colectividades y que determina el marco en el cual actúan. La política fue considerada adecuada y legítima si se alineaba a las leyes biológicas que guiaban las decisiones.²¹⁹ Según Lemke, durante el gobierno nacionalsocialista, la concepción organicista del Estado adquirió un matiz racista, es decir, las relaciones sociales y los asuntos políticos fueron reducidos a causas biológicas. Esta biopolítica con matiz racista fue desdeñada después del nazismo, aunque aún hoy conserva cierta simpatía.²²⁰

De acuerdo con Lemke, las diversas aproximaciones teóricas sobre la biopolítica concibieron la vida como base de la política. Sin embargo, a partir de 1960 dicho concepto cambió, de manera que la vida ya no se concibió como la base de la política sino como el objeto de la política. La política descubrió los procesos vitales como el nuevo objeto del pensamiento y de la acción política, es

²¹⁸ Thomas Lemke, *Introducción a la biopolítica... op. cit.*, p. 22.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 23.

²²⁰ *Ibid.*, p. 27.

decir, la política se encarga de regular y administrar los procesos vitales.²²¹ La biopolítica se orientó hacia los problemas del medio ambiente,²²² así como a la regulación y el control de los avances tecnológicos, por ejemplo, la medicina de la reproducción, la genética humana y la neurociencia.²²³

En los años setenta del siglo XX, Foucault se encargó de romper con la concepción naturalista y politicista de la biopolítica; planteó una discontinuidad en la práctica de la política, esto es, una forma moderna de ejercer el poder. El planteamiento de Foucault tomó distancia de concebir la vida como la base de la política o como objeto de la política. Para este autor, la biopolítica se basa en la transformación del orden político. Al respecto, afirmó:

Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político [...] Pero lo que se podría llamar "umbral de modernidad biológica" de una sociedad se sitúa en el momento en que la especie entra como apuesta del juego en sus propias estrategias políticas. Durante milenios, el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de una existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente.²²⁴

Como se anotó previamente, el concepto de biopolítica se ha usado para reflexionar sobre contenidos diversos. Lemke distingue tres tipos de uso del concepto de biopolítica en Foucault: a) representa una ruptura en la acción y el pensamiento políticos en los que se relativiza y reformula el poder soberano; b) juega un papel central en el desarrollo del racismo moderno, y c) constituye una forma particular de gobierno que sólo surge con las técnicas de dirección liberales.²²⁵ Para los propósitos de la presente investigación, la reformulación del poder soberano es el tipo de concepto de biopolítica más importante, porque dicho

²²¹ Mauro Benente, Biopolítica y tanatopolítica en Michel Foucault y Roberto Esposito, *Reflexión Política*, vol. 19, núm. 37, enero-junio, 2017, pp. 17-18.

²²² Lemke, T, *Introducción a la biopolítica... op. cit.*, p. 37.

²²³ *Ibid.*, pp. 40-41.

²²⁴ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber* [Traducción de Ulises Guinazú], México, Siglo XXI, 2007, pp. 172-173.

²²⁵ Thomas Lemke, *Introducción a la biopolítica... op. cit.*, pp. 48-49.

concepto nos permite analizar el papel que juega la medicina contemporánea como instrumento del poder en su interés de gobernar el cuerpo individual y los cuerpos sociales.

Respecto al primer tipo de uso del concepto, a decir de Foucault, a finales del siglo XVIII los dispositivos de saber y poder toman en consideración los procesos vitales con el propósito de controlarlos y modificarlos. Este autor afirmó:

El hombre occidental aprende poco a poco en qué consiste ser una especie viviente en un mundo viviente, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida, salud individual o colectiva, fuerzas que es posible modificar y un espacio donde repartirlas de manera óptima.²²⁶

El ejercicio del poder sufre un cambio paradigmático, antaño centrado en el gobierno del soberano, el cual es reemplazado por la biopolítica o el poder sobre la vida, es decir, una forma de gobierno más sutil que procura conquistar la voluntad de los gobernados. Al final del siglo XVIII e inicio del XIX, el control social no sólo tuvo un carácter ideológico, sino que se ejerció sobre el cuerpo.

1.2 La administración de la vida

Para la presente investigación, interesa el empleo del concepto de biopolítica por Foucault para referirse a la transformación efectuada con el propósito de gobernar no sólo a las personas mediante procedimientos disciplinarios, sino al total de la población. Con ello operó la ruptura en el paradigma de control social, antes centrado en el poder soberano para hacer morir o dejar vivir, para transformarse en una nueva forma de poder sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla o multiplicarla, ejerciendo sobre ella controles y regulaciones. El viejo derecho del soberano de hacer morir o dejar vivir fue sustituido por la biopolítica mediante la cual el poder reside en hacer vivir y dejar morir, es decir, el poder del soberano oscila en torno a la muerte, en cambio, la biopolítica fluctúa en torno a la vida. Fue

²²⁶ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 1... op. cit.*, p. 172.

a partir de la Modernidad, cuando el poder impuso su potencia a lo largo de la vida.²²⁷ Este autor sostuvo que:

Occidente conoció desde la edad clásica una profundísima transformación de esos mecanismos de poder [...] A partir de entonces el derecho de muerte tendió a desplazarse o al menos apoyarse en las exigencias de un poder que administra la vida, y a conformarse con lo que reclaman dichas exigencias.²²⁸

Los mecanismos del ejercicio del poder se transformaron para ocuparse de la administración de la vida. Esa forma de poder sobre la vida empezó su desarrollo a partir del siglo XVII bajo dos formas: a) una basada en el cuerpo como máquina, bajo la cual se procuró su educación, docilidad e integración a sistemas de control, ello a través de procedimientos de poder típicos de las disciplinas a las que Foucault denominó *anatomopolítica del cuerpo humano*; b) la otra, asentada en el cuerpo-especie, la cual consiste en un cuerpo consumido por la mecánica de lo viviente que sirve de base a los procesos biológicos de: reproducción, nacimiento, mortalidad, nivel de salud y longevidad, con las circunstancias que los hacen variar. Estos asuntos son regulados mediante una *biopolítica de la población*.²²⁹ En suma, las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población son las formas mediante las cuales se desarrolló el poder sobre la vida.

El poder termina por invadir la vida por completo; se encarga desde entonces de la administración de los cuerpos y de la gestión de la vida. La manera de ejercer ese poder es mediante diversas disciplinas como escuelas, colegios, talleres; en prácticas políticas y económicas, en la natalidad, la longevidad, la salud pública, la vivienda y la migración, entre las más comunes. A través de múltiples técnicas, se logra la sujeción de los cuerpos mediante la disciplina y el control de las poblaciones a través de su regulación desde la natalidad, el crecimiento, la fertilidad, la nupcialidad, la mortalidad, la atención de la salud, la higiene, la alimentación, la sexualidad, entre los más importantes. El poder se

²²⁷ *Ibid.*, pp. 164-167.

²²⁸ *Ibid.*, pp. 164-165.

²²⁹ *Ibid.*, p. 168.

encarga de gobernar el conjunto de acciones que cada individuo realiza en los diversos ámbitos.

La disciplina del cuerpo emergió en el siglo XVII y se orientó a la vigilancia y al adiestramiento de un cuerpo individual concebido como una máquina. La disciplina elevó la fuerza del cuerpo hacia la producción económica y la debilitó para su subordinación política. Bajo esta fórmula, afirmó Foucault, el cuerpo se hace más obediente cuanto más útil, y viceversa.²³⁰ La disciplina doblegó al cuerpo para hacerlo más útil y dócil a la vez.²³¹ Por otra parte, en la segunda mitad del siglo XVIII, aparece la regulación, una tecnología no centrada en el cuerpo sino en la vida, esto es, sobre los cuerpos poblacionales como un ente biológico independiente, en un cuerpo social definido por procesos como las tasas de natalidad y mortalidad, el nivel de salud y la longevidad humana. Fue así como se cuenta con dos mecanismos articulados uno sobre otro, uno disciplinario sobre los cuerpos individuales y otro regulador sobre las poblaciones humanas.²³²

La disciplina sobre el cuerpo individual se ejerció a través de instituciones como el ejército, la cárcel, la escuela, el hospital o la familia. En cambio, la regulación fue centralizada por el Estado, por ejemplo, a través del registro de procesos biológicos como el padrón demográfico, la fiscalización de la riqueza y de las estadísticas sobre longevidad y la enfermedad. Ahora el derecho soberano se concentra en la administración de la vida.

No obstante que Foucault reconoce que el desarrollo del racismo es ancestral, el surgimiento de la biopolítica en la época moderna robusteció el racismo dentro de los mecanismos del Estado. Este autor afirmó:

En el *continuum* biológico de la especie humana, la aparición de las razas, su distinción, su jerarquía, la calificación de algunas como buenas y otras, al contrario, como inferiores, todo esto va a ser una manera de fragmentar el

²³⁰ Michel Foucault, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* [Traducción de Aurelio Garzón del Camino], Buenos Aires, Siglo XXI, 2002, p. 83.

²³¹ Michel Foucault, *Defender la sociedad... op. cit.*, p. 225.

²³² *Ibid.*, p. 226.

campo de lo biológico que el poder tomó a su cargo; una manera de desfasar, dentro de la población, a unos grupos con respecto a otros.²³³

La manera de operar del racismo es mediante la fragmentación del *continuum* biológico, lo cual supone el dominio biológico de una raza sobre las otras. El racismo funciona como una condición para dar muerte a alguien, es decir, como una forma de justificar la aplicación de una acción mortífera de una franja de la población sobre las demás. Finalmente, el tercer uso del concepto de biopolítica por Foucault se relaciona con las formas liberales de gobernar. Pero, aquí el liberalismo no se refiere a una teoría económica ni a una ideología política, sino a la reflexión crítica de la práctica de gobernar. El liberalismo no buscó su regulación en la ley, sino la participación de los gobernados en la elaboración de la ley.²³⁴

El concepto de biopolítica desplegado por Foucault es central en la presente investigación. Dicho concepto advierte la ruptura en el orden de lo político; anuncia la entrada de los fenómenos de la vida humana en el ámbito del saber y del poder. El concepto de biopolítica refleja el poder que actúa sobre la vida, es decir, el poder penetra el cuerpo a través de la vida; y la vida, a través del cuerpo, se vuelve objeto del poder. La biopolítica como gestión de la vida es la encargada de regular los procesos biológicos del hombre.²³⁵ Para este autor, la salud se ha constituido en el escenario de una lucha política, es decir, la salud es el ámbito donde el poder despliega acciones en su intento por controlar cuerpos individuales a través de la disciplina y de cuerpos poblacionales mediante su regulación.

En el ejercicio de la medicina, hay múltiples ejemplos de la manera cómo influye el poder sobre los procesos biológicos de individuos y poblaciones. Uno de ellos fue la política internacional para reducir el acelerado crecimiento de la población, la cual tuvo un gran impulso a partir de la década de los años setenta del siglo xx. El año de 1974 fue designado “Año Mundial de la Población” y en ese mismo año, tuvo lugar en Bucarest, la Conferencia Mundial de Población

²³³ *Ibid.*, p. 230.

²³⁴ Michel Foucault, *Nacimiento de la biopolítica... op. cit.*, pp. 360-364.

²³⁵ Michel Foucault, *Historia de la medicalización op. cit.*, pp. 3-25.

auspiciada por la ONU, en donde se definió la política poblacional del orbe. Velando por sus intereses político-económicos, las grandes potencias marcaron el ritmo al cual debería crecer la población mundial.

En México, el presidente Echeverría inició su administración con el lema “gobernar es poblar”. En esta frase se resume la política demográfica pronatalista del gobierno mexicano. Sin embargo, al poco tiempo se cambió de parecer y los eslogans “la familia pequeña vive mejor” y “vámonos haciendo menos” se convirtieron en los mensajes de la época. Se creó entonces el Consejo Nacional de Población, el cual tendría a su cargo la planeación de la política demográfica del país. A partir de entonces, la medicina institucionalizada fue el instrumento a través del cual se materializó la política demográfica de control estricto de la natalidad, en suma, una política para el control del cuerpo poblacional a través de la manipulación biológica. En otras palabras, la medicina como la falange para regular la extensión poblacional.

Otro ejemplo que ilustra la centralización del control político, por parte de los gobiernos, sobre los cuerpos poblacionales fue estudiado por la historiadora mexicana Beatriz Alcubierre, en la infancia de menesterosos en el contexto borbónico. Esta autora afirma que en el siglo XVIII, el Estado español desplegó una serie de cambios que incluyeron un incremento de la oferta asistencial a los infantes abandonados, tanto en la metrópoli como en las colonias americanas. Dos proyectos borbónicos emplearon a huérfanos y a niños pobres para colonizar la Alta California así como para expandir la vacuna contra la viruela en los dominios españoles respectivamente.²³⁶

A decir de Alcubierre, estas reformas borbónicas, propias del proceso de secularización iniciado en el siglo XVII, favorecieron el control asistencial de la población más joven. El propósito de los monarcas de contar con una población sana, numerosa y más longeva explica la incorporación de acciones para reducir la ocurrencia de enfermedades infecciosas que diezaban a la población. Las acciones orientadas a preservar la vida corresponden a lo que Foucault llamó

²³⁶ Armando Villegas Contreras, “Introducción”, en Alcubierre Moya, Beatriz, *Niños de nadie: usos de la infancia menesterosa en el contexto borbónico*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Bonilla Artigas Editores, 2017, pp. 24-29.

biopolítica, que buscan regular los procesos biológicos que afectan una población. El renovado interés de los gobernantes por la población, especialmente en la infancia, se atribuye al cambio en la manera de apreciar el valor de la población como fuerza de trabajo.²³⁷

Las críticas a la medicina contemporánea de Illich y Foucault contribuyeron a desgastar la idea de progreso en salud, que la medicina institucionalizada supuso haber alcanzado. Ambas reflexiones nos alertaron sobre un proceso creciente de medicalización que, enmascarado dentro del cuidado de la salud, quebranta la libertad humana. Una y otra contienen tesis que es preciso analizar, pues, por una parte, nos ayudan a pensar en el fenómeno de medicalización y, por la otra, nos auxilian en la tarea de poner en cuestión la supuesta idea de que la medicina institucionalizada contemporánea ha contribuido indiscutiblemente al progreso en la salud de la población y al progreso de la humanidad en general. No sólo no hay progreso en la salud de la población, sino que la medicina, como estrategia biopolítica, mediante un proceso creciente de medicalización, actúa en menoscabo de la libertad humana.

En el ámbito de la salud, el quebranto de la libertad significa que los seres humanos deben renunciar a una vida independiente en la cual prevalece la capacidad tanto de elegir como de responsabilizarse de las decisiones tomadas. El menoscabo de la libertad implica someterse al imperio de lo establecido como “médicamente correcto”, es decir, lo definido por los principios científicos en los que se sustenta la práctica médica (*lex artis medica*). Significa establecer un vínculo de dependencia con las instituciones de salud, con la medicina hegemónica, con el médico como confesor y consejero moderno. Así como convertirse en un adicto a las drogas legales, es decir, los medicamentos.

A este conjunto de elementos hay que agregar el sentimiento de culpabilidad que suele acompañar al transgresor de las costumbres normadas, las cuales han colonizado los espacios público y privado. El comportamiento de los seres humanos en sociedad tiende a ser homogeneizado para facilitar su control.

²³⁷ Beatriz Alcubierre Moya, *Niños de nadie: usos de la infancia menesterosa en el contexto borbónico*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Bonilla Artigas Editores, 2017, pp. 45-51.

La adopción de patrones de conducta regular o “normal” en términos sanitarios, constituye un propósito central del Estado como regulador de la diversidad. Un factor adicional que ha sido utilizado por el poder es el temor a la libertad y a la incertidumbre que ella entraña. Kant lo había anticipado cuando exhortó al ser humano a valerse por su propio entendimiento y dejar de ser conducido por andaderas.

Concebir al cuerpo como máquina supone centrarse en: su educación, engrandecer sus aptitudes, arrancar sus fuerzas, el crecimiento de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos. El cuerpo está a merced del poder de las *disciplinas: anatomopolítica* del cuerpo humano. La otra forma de poder sobre la vida se desarrolló a mediados del siglo XVIII y consideró al cuerpo como el soporte de los procesos biológicos, asuntos que requieren de *controles reguladores* denominados *biopolítica de la población*. Mediante las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población se organizó el poder sobre la vida.²³⁸

En la época contemporánea nos encontramos ante un cuerpo cada vez más complejo. Foucault afirmó que en ésta época, la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo humano se incorporan en una red de medicalización más amplia.²³⁹ Así, el cuerpo es concebido como una entidad biopolítica. El cuerpo como sede de la biopolítica viene a jugar un papel central en la configuración de los procesos de medicalización.

1.3 El enfermo como consumidor

Iván Illich sostuvo que la medicina institucionalizada constituye una grave amenaza para la salud porque produce daños que superan sus supuestos beneficios, enmascara las condiciones políticas de la sociedad e inhibe la capacidad del individuo para sanarse a sí mismo y modelar su ambiente. Este autor planteó que la medicina institucionalizada es la materialización del saber y del poder médico hegemónico que se articula con un proceso de carácter político

²³⁸ Michel Foucault, *Historia de la sexualidad 1... op. cit.*, pp. 168-169.

²³⁹ Michel Foucault, *Historia de la medicalización... op. cit.*, p. 4.

denominado medicalización de la vida, que a su vez, forma parte de lo que Michel Foucault denominó biopolítica.

La aguda crítica al modelo de medicina institucionalizada a cargo de Illich, anticipó lo que en décadas posteriores Occidente pudo atestiguar, el culto a la salud y la normalización colectiva del comportamiento como política de estado. Este autor describió la manera cómo la medicina institucionalizada monopolizó la administración de la salud en términos individuales y colectivos. El monopolio médico consistió en la consolidación de una relación de dependencia del individuo y de la sociedad con respecto al médico, al grado de configurar una masa descomunal de consumidores de recursos en favor de su salud. El progreso en salud implicó la conformación de clases consumidoras bajo control y la domesticación de dichas masas de consumidores compulsivos.

Dos décadas después de concluida la Segunda Guerra Mundial, se extendió gradualmente el monopolio médico hacia un volumen cada vez mayor de situaciones de la vida cotidiana, contribuyendo al engrosamiento del repertorio de enfermedades. A la velocidad con que suele venir creciendo el catálogo de enfermedades humanas, se vuelve difícil la intervención de individuos no médicos en tareas para la asistencia de casos como el de una embarazada, un herido, un lesionado o de un moribundo. La medicina occidental se ha venido haciendo indispensable, al tiempo que se multiplican las especialidades médicas, cuyo propósito es conservar el abordaje terapéutico bajo el control del gremio médico.²⁴⁰

La acumulación del saber del médico sobre el cuerpo humano, merced a una educación de raigambre científica, propició la elevación jerárquica del médico moderno dentro de la escala de los capitalistas del conocimiento. Este profesional adquirió el status suficiente para condenar enfermo a alguien de acuerdo con criterios para el diagnóstico, los cuales han ensanchado el volumen de entidades mórbidas. Cuando un médico determina que un individuo está enfermo, lo convierte en paciente al tiempo en que lo incorpora, en calidad de cliente más o

²⁴⁰ Iván Illich, "La convivencialidad", en Illich, Iván, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 377.

menos cautivo, a una comedia industria sanitaria encargada de atender y satisfacer sus demandas.

La medicina institucionalizada se ha hecho cargo de engrosar día a día la ya de por sí robusta cohorte de individuos enfermos. En otras palabras, la medicina participa como el fundamento sobre el cual se consolida la configuración de una sociedad enferma. De esta manera los miembros de una sociedad son transformados en consumidores de mercancías “benéficas” para la medicina preventiva, curativa, industrial y ambiental. Respecto a la medicina contemporánea Illich declaró:

Los médicos siempre habían determinado en qué consistían las enfermedades; actualmente la medicina determina cuáles son las enfermedades que la sociedad no tolerará [...] Los médicos siempre habían diagnosticado quién era él enfermo; sin embargo, la medicina etiqueta actualmente a los que merecen tratamiento. [...] la medicina dominante posee poderes públicos [...]; ella decide qué habrá de hacerse con los enfermos y cómo disponer de ellos.²⁴¹

Más que una crítica dirigida a los médicos, este autor dirigió su diatriba hacia la forma de operar de la medicina institucionalizada como modelo hegemónico en salud. La institución médica ha adquirido el poder para determinar lo que constituyen las necesidades de salud y para establecer el tipo de atención médica que ha de proporcionarse a la sociedad. El sistema de salud actúa como una agencia corporativa, la cual se autoasigna la tarea de someter a escrutinio a la población para seleccionar, dentro de la colectividad, a sus futuros clientes potenciales.

De acuerdo con el médico checo Peter Skrabanek, hasta el siglo XIX, la palabra *consumir* se utilizó para referirse a la destrucción o extinción de algo. Un ejemplo fue la tuberculosis, una enfermedad que destruía o consumía.²⁴² Sin embargo, bajo la influencia de los economistas, el significado del término *consumo*

²⁴¹ *Ibid.*, p. 505.

²⁴² Peter Skrabanek, *La muerte de la medicina con rostro humano* [Traducción de José Francisco García Gutiérrez y Julián Velasco Gutiérrez], Madrid, Díaz de Santos, 1999, p.13.

cambió. Para ellos, el término designa el proceso de adquisición de bienes con el propósito de obtener utilidad de una mercancía o servicio. De acuerdo con el economista e historiador hispano Gabriel Tortella, el mercado es el ámbito donde se enfrentan la oferta y la demanda. Estos dos elementos, al igual que el consumo, constituyen conceptos básicos para el análisis económico. El consumo es un factor fundamental, pues no sólo representa la finalidad última de toda actividad económica, sino que es la más importante cuantitativamente.²⁴³

Así como el consumo es el núcleo de la actividad económica, en la mercancía está contenida la totalidad del sistema económico capitalista. Para la teoría económica, aunque no todos los seres humanos son productores de mercancías, todos son consumidores: el individuo constituye la unidad básica de consumo. El consumidor juega un papel fundamental para explicar lo que se encuentra detrás de la demanda como elemento determinante del mercado, es decir, el consumo ininterrumpido de bienes y servicios es una acción muy importante para el equilibrio del mercado.

En el modo de producción capitalista todo ha sido convertido en mercancía. Merced a sus propiedades, la mercancía satisface necesidades humanas. Decía Marx:

“Para la sociedad burguesa la forma de mercancía, adoptada por el producto del trabajo, o la forma de valor de la mercancía, es la forma celular económica”.²⁴⁴

Marx se refiere a la mercancía como la forma celular económica básica de la sociedad burguesa, es decir, la mercancía es un factor fundamental puesto que los humanos se relacionan entre ellos a través de su intercambio. La mercancía alcanza tal importancia que deriva en un proceso de fetichización mercantil, el cual a su vez da lugar a un individuo fetichizado, enajenado, atrapado y subordinado a

²⁴³ Gabriel Tortella, *Introducción a la economía para historiadores*, Madrid, Tecnos, 1987, pp. 12-13.

²⁴⁴ Karl Marx, “Prólogo a la primera edición”, en *El capital. Tomo I, Vol. 1* [Traducción, advertencia y notas de Pedro Scaron], México, Siglo XXI, 2008, p. 6.

la lógica que le impone el capitalismo despiadado que termina por dominar a individuos y poblaciones.

En las sociedades occidentales la salud también se ha convertido en un bien de consumo. Los cuerpos individuales y los cuerpos colectivos han pasado a formar parte del mercado, es decir, se encuentran atravesados y sometidos por los valores del consumo. Como lo apuntó Foucault al referirse a la biopolítica, durante el siglo XVIII, se puede datar la emergencia de la población como un fenómeno social novedoso. Para el poder político la salud de la población se convirtió en un objetivo central. En consecuencia, el modelo de práctica médica dejó de ser asistencialista para entregarse al servicio del poder como una tecnología para el control del cuerpo individual y colectivo.

El control político de los cuerpos sociales demandaba el desarrollo de instrumentos técnicos para estudiarlos y conocerlos con precisión. Fue así como gradualmente surgieron el cálculo de la distribución de la población, las tasas de morbilidad y mortalidad, la tasa de natalidad, así como la relación entre el crecimiento de la población y la riqueza, entre los más importantes. El filósofo hispano Rodrigo Castro destaca que las acciones en salud se dirigieron al cuidado de la infancia, la medicalización de la familia, la promoción de la higiene y la instrumentación de un modelo de medicina para el control social, es decir, la práctica médica se organizó como una estrategia de dominación.²⁴⁵

El modelo moderno de medicina institucionalizada opera bajo los principios que le impone la industria sanitaria. Por su parte, el médico juega una figura central del modelo puesto que es él quien liderea las acciones que son delineadas y planificadas por la maquinaria sanitaria capitalista. Sin embargo, Conrad sostiene que los médicos han dejado de ser la base que impulsa la medicalización, pues se han incorporado nuevos agentes como la industria farmacéutica, las aseguradoras y las organizaciones civiles, entre los principales.²⁴⁶ Explica Skrabanek que, en el comercio de la medicina, el médico

²⁴⁵ Rodrigo Castro Orellana, Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud, *Ciencia política* N° 7 Enero-junio 2009, p. 9.

²⁴⁶ Peter Conrad, "Los motores cambiantes de la medicalización", en Murguía, Adriana y Ordorika, Teresa (Coord), *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, México, UNAM, 2016, p. 10.

participa como un “dispensador de salud”. No obstante, a diferencia de otros, reparte promesas en lugar de bienes tangibles.²⁴⁷ Mediante una red compleja de servicios, los individuos son sistemáticamente incorporados al mercado de la salud.

1.4 La medicina institucionalizada como modelo hegemónico

Alrededor de los siglos XVI y XVII, de la mano con el impulso de los anatomistas en cuanto al conocimiento del cuerpo, el saber biomédico de raíz positivista y científico, empezó a alcanzar gran prestigio, por encima de los saberes populares. David Le Breton afirma que a partir de entonces:

“El saber del cuerpo se convierte en el patrimonio más o menos oficial de un grupo de especialistas protegido por las condiciones de racionalidad de su discurso”.²⁴⁸

Sin embargo, el desarrollo de la cultura erudita sobre el cuerpo solamente abarcó una breve proporción de la población europea. Es por ello que otros saberes lograron resistir y mantenerse como prácticas curativas tradicionales, colocándose en oposición al saber biomédico fundado en el desenvolvimiento de la anatomía y la fisiología humanas.

En la época moderna, la enfermedad y los padecimientos suelen ser tratados de formas muy diversas. No obstante, desde la perspectiva biomédica el manejo de la enfermedad ha sido considerado como el patrimonio exclusivo del saber médico, tal como también ha apuntado el antropólogo argentino Eduardo Luis Menéndez. Dicho papel se consolidó a través de la medicina institucionalizada a cargo del Estado. Desde luego esto no significó que la medicina atiende y se apropie del proceso salud-enfermedad en su totalidad, o que anule por completo otras formas de atención. No obstante, eso indica que el

²⁴⁷ Peter Skrabanek, *La muerte de la medicina con rostro humano... op. cit.*, p.13.

²⁴⁸ David Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad... op. cit.*, p. 59.

saber médico y la medicina institucionalizada establecieron su hegemonía sobre los otros saberes.²⁴⁹

Como lo ha apuntado Laurell, durante el siglo XIX tuvo lugar el enfrentamiento entre dos modelos acerca de la manera como debía operar la práctica médica. Por una parte, está el modelo biomédico que concebía la enfermedad como un asunto de carácter biológico e individual; por el contrario, el modelo sociomédico que concebía la enfermedad como un proceso histórico social.²⁵⁰ El modelo biomédico se alzó con la victoria, imponiendo un sistema de atención curativo, biologista e individual. El menosprecio del modelo biomédico dominante hacia el componente social del proceso salud-enfermedad garantizó el mantenimiento del estado de las cosas (*status quo*), es decir, la ausencia de cambios en la organización social, acorde con un sistema de producción capitalista en pleno ascenso.

A juicio de la historiadora costarricense Anna Arroba, la medicina institucionalizada occidental opera en el marco de una metáfora cultural. La metáfora es: la medicina es una ciencia. A su vez, dicha metáfora tiene varias funciones. En primer término, el sistema médico institucional es una de las riquezas del capitalismo puesto que es guiado por el negocio de la medicina (hospitales, seguros médicos, industria farmacéutica). Sin embargo, tras la metáfora de que la medicina es una ciencia se oculta el que la medicina es un negocio. Los argumentos que apoyan a la medicina como ciencia es que la medicina occidental es la mejor en relación a otras. Además, porque el médico reconoce aquello que es más recomendable para el usuario y cuales son los procedimientos y tecnologías a las que se debe someter al enfermo. Por otro lado, se parte de la concepción del cuerpo como máquina, con lo cual se legitima la atención fragmentada de las partes enfermas y se justifican los tratamientos agresivos.²⁵¹

²⁴⁹ Eduardo Luis Menéndez, El modelo médico y la salud de los trabajadores, *Salud colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero-abril 2005, pp. 9-10.

²⁵⁰ Asa Cristina Laurell, Medicina y capitalismo en México... *op. cit.*, p. 4 (la numeración de las páginas es mía).

²⁵¹ Anna Arroba, La Medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización, *Revista Mujer Salud, Red Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* – RSMLAC, 1/2003, Chile, pp. 1-3.

Por su parte, la psicóloga hispana María de la Villa Moral Jiménez afirma que los seres humanos contemporáneos nos desarrollamos en una sociedad profesionalizada en la que los propios profesionales son quienes dominan y controlan discursos, significados, praxis, etc. A pesar de las intenciones benefactoras de dichos profesionales, parece tratarse de *profesiones inhabilitantes*, pues su presencia, la cual se anuncia como indispensable, necesita más de sus clientes que los propios clientes de los profesionales. El ámbito de la salud es uno de los escenarios más afectados.²⁵²

El caso de la salud mental es un ejemplo representativo de lo que ocurre, en general, en el ámbito de la salud. El médico suele actuar como un científico distanciado de su objeto de estudio en aras de conseguir la mayor objetividad posible, asumiendo una postura neutra ante el paciente y su enfermedad. Los psiquiatras, afirma el psiquiatra húngaro-estadounidense Thomas Istvan Szasz, suelen encubrir su toma de partido detrás de la neutralidad terapéutica, sin admitir que son aliados o adversarios del enfermo, pues se presentan como científicos. En lugar de clarificar su intervención benefactora o perjudicial para el enfermo, la plantean como un diagnóstico y un tratamiento de la enfermedad.²⁵³

La medicina contemporánea ha sido organizada para adentrarse en tareas de control social, prueba de ello es el conjunto de eventos mórbidos que los Estados han definido claramente y normado como enfermedades de notificación inmediata, como la tuberculosis o el dengue, es decir, son eventos patológicos sujetos de un estudio de caso, lo cual implica la investigación del entorno clínico-epidemiológico. Eso significa que el médico que atiende y diagnostica el caso está obligado por la ley sanitaria a informar cuanto antes, y de manera oficial, a la autoridad sanitaria competente para que ésta sea la encargada de coordinar las acciones acordes al caso.

Afirma Skrabanek que la medicina de nuestros tiempos ha derivado en una institución para el control de las sociedades. La medicina se fragmentó de la misma manera que el cuerpo se descompuso en segmentos, sistemas, aparatos o

²⁵² María de la Villa Moral Jiménez, Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud, *Boletín de Psicología*, No. 94, noviembre 2008, pp. 86-87.

²⁵³ Thomas S. Szasz, *Ideología y enfermedad mental* [Traducción de Leandro Wolfson], Buenos Aires, Amorrortu, 2001, pp. 16-17.

etapas de la vida, a cuyo cuidado se designó a un profesional especializado.²⁵⁴ La fragmentación del cuerpo acarrió la desintegración del cuerpo del ser humano como una entidad única. Ahora el objeto de estudio del proceso salud-enfermedad ya no es el cuerpo humano, sino alguno de sus múltiples fragmentos producto de su quebrantamiento. El positivismo que contribuyó a la delimitación del saber también contribuyó a la fragmentación del cuerpo, del pensamiento y a la escasa comunicabilidad entre saberes.

Otro ejemplo, por demás extremo y dramático, que ilustra el papel del quehacer médico en el control social fue el holocausto nazi, en el cual fueron ultimados individuos de “mala raza” como judíos, gitanos, homosexuales, testigos de Jehová, discapacitados físicos y mentales, comunistas, prisioneros de guerra, etc. Según la historiadora y psicoanalista francesa Élisabeth Roudinesco, entre quienes intervinieron en la configuración de esa política genocida, había una cantidad importante de profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y genetistas), biólogos y antropólogos. No eran representantes marginales del gremio médico, sino regularmente las figuras más destacadas dentro de sus respectivas comunidades científicas.²⁵⁵

Afirma Roudinesco que la medicina moderna, científica y racional, fue gradualmente institucionalizada por los estados. De esta manera los estados le fueron arrebatando a la Iglesia la soberanía sobre la atención a los enfermos, al tiempo en que el estado y la medicina inauguraron su lucha contra el oscurantismo de las creencias. Frente a la emergencia de la medicina científica, sería de suponer que prácticas como la homeopatía desaparecerían, al igual que las medicinas heredadas de las tradiciones de los curanderos populares. Sin embargo, no ocurrió así. A pesar de que la medicina científica afirmó su superioridad sobre las otras prácticas mágicas, culturales y esotéricas, no ha logrado erradicarlas,²⁵⁶ sino sólo contenerlas.

No obstante el enorme impulso que ha tenido la medicina moderna, a su vez apoyada por el gran mercado de la ilusión terapéutica, una proporción de esas

²⁵⁴ Peter Skrabanek, *La muerte de la medicina con rostro humano... op. cit.*, p.5.

²⁵⁵ Élisabeth Roudinesco, *El paciente, el terapeuta y el estado* [Traducción de Sara Vassallo], Buenos Aires, Siglo XXI, 2005, pp. 33-34.

²⁵⁶ *Ibid.*, pp. 24-27.

personas que son tomadas como objetos y cuyos cuerpos son explotados en silencio se refugian en sectas, psicoterapias o en medicinas paralelas. De acuerdo con Roudinesco:

Esoteristas, curanderos, iridólogos, falsos kinesiólogos, magnetizadores, astrólogos, adeptos del ayuno, creyentes en la terapia urinaria, naturópatas, instaladores de ventosas, cancerólogos utilizadores de plantas, vendedores de píldoras milagrosas o de remedios rejuvenecedores, rivalizan en proponer recetas con el fin de tomar a su cargo toda la miseria de una sociedad enferma por el progreso y entregada a la desesperación identitaria inherente a la mercantilización del mundo.²⁵⁷

Una amplia baraja de posibilidades terapéuticas se resisten a ser institucionalizadas. Pero, a pesar de no ser prácticas institucionalizadas, también forman parte de un poder que actúa sobre la biología del cuerpo. Frente a los excesos de la medicina moderna, la medicina homeopática promueve la recuperación de una especie de espiritualidad. Para ello se apoya en regímenes alimenticios, el empleo de sustancias que no tienen efecto superior al placebo (sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto favorable en el enfermo, si éste la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción) y la búsqueda de la unidad de la persona.²⁵⁸

Para referirse a los años centrales del siglo XX, Illich propone llamarlo la “Era de las profesiones inhabilitantes”. Esta era será recordada:

...como la era en que toda una generación persiguió frenéticamente una riqueza empobrecedora, haciendo así alienables todas las libertades, y después de transformar la política en los dominios organizados de los recipientes de bienestar, se extinguió en un benigno totalitarismo. Considero inevitable semejante caída en el tecnofascismo a menos que los principales ataques de la crítica social empiecen a cambiar de objetivo, dejando de favorecer un profesionalismo nuevo o radical y fomentando una actitud

²⁵⁷ *Ibid.*, pp. 27-28.

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 25.

escéptica frente a los expertos, especialmente cuando éstos se atreven a diagnosticar y a prescribir.²⁵⁹

Entre las profesiones, está radicado el monopolio de las decisiones que ejercen las instituciones. Los profesionales se constituyen en un monopolio legalizado pues, son concebidos como los únicos ciudadanos con el conocimiento y la facultad suficiente para decidir, en el caso del médico, sobre la salud.

El médico es el único autorizado por el Estado para la prescripción farmacológica, puesto que se trata de una élite privilegiada con formación universitaria que lo acredita socialmente. Los profesionales de la salud se autoproclaman poseedores del conocimiento acerca de la naturaleza humana, conocimiento que sólo ellos tienen el derecho de administrar, pues para una proporción considerable de ellos, el conocimiento y prestigio alcanzados es producto de una esforzada carrera y de bien habidos méritos personales, aunado al estrés derivado del ejercicio de la profesión. La aceptación pública de las profesiones dominantes es un asunto político, esta política de los Estados subestima y desdeña la participación de medicinas paralelas frente a la medicina hegemónica. Además de restringir la capacidad del ciudadano para arreglárselas por cuenta propia.²⁶⁰ Para Illich, la era de las profesiones dominantes llegará a su fin cuando el ciudadano cuente con conocimiento para satisfacer sus propias necesidades.

2 Medicalización de la vida

2.1 Despliegue de la medicalización

Biopolítica y medicalización son conceptos que se encuentran estrechamente relacionados; ambos resultan centrales para explicar los intereses a los cuales responde la medicina institucionalizada, así como para entender la manera cómo opera la medicina de nuestros tiempos. La medicalización entendida como un

²⁵⁹ Iván Illich, *Profesiones inhabilitantes*, Editorial no identificada. p. 2 (la numeración de las páginas es mía).

²⁶⁰ *Ibid.*, pp. 2-5 (la numeración de las páginas es mía).

proceso que gradualmente ha conquistado la vida humana moderna ha sido objeto de reflexión de diversos autores, encabezados por Foucault e Illich.

Los primeros esbozos del neologismo *medicalización* datan de los años sesenta del siglo XX, cuando el médico estadounidense Clifton K. Meador acuñó el término de *no enfermedad* para referirse a problemas humanos definidos como una condición médica que obtendrían mejores resultados si no fuesen concebidos como tal. Para el médico acostumbrado a tratar sólo entidades mórbidas, el término *no enfermedad* le resultaba difícil de comprender.²⁶¹ Pero ulteriormente, dicho término fue paulatinamente mejor entendido y de gran utilidad para pensar el fenómeno de la medicalización. No obstante, la definición que más se expandió fue la de Kishore. Por medicalización, este autor entiende:

...la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces.²⁶²

La medicalización convierte en procesos mórbidos situaciones de la vida humana que regularmente habían sido entendidos como normales. Así, mediante la medicina, se pretende resolver aspectos no médicos sino sociales, profesionales o de relaciones interpersonales. La medicina actual he venido extendiendo gradualmente su ámbito de responsabilidad. Sin embargo, una cuestión elemental es saber si acaso cuenta con los recursos y la capacidad suficiente para dar respuesta a la expectativa depositada en ella. O bien, si la medicina sólo actúa como comparsa del poder político en su afán, de este último, de administrar la vida de individuos y poblaciones.

Para el médico hispano Ramón Orueta, la medicalización es un problema complejo, es un proceso continuo que se acrecienta constantemente y en la que la sociedad va perdiendo su capacidad de gestionar una solución. La medicalización

²⁶¹ Clifton K. Meador, The Art and Science on Nondisease, *The New England Journal of Medicine*, Nº 272, 1965, pp. 92-95.

²⁶² Ramón Orueta Sánchez y cols., Medicalización de la vida (I), *Revista Clínica de Medicina de Familia*, Vol.4, núm. 2, junio, 2011, p. 151.

tiene origen multifactorial y en ella participan factores sociales, políticos, económicos, culturales y sanitarios, entre los más relevantes. En su origen intervienen: la sociedad, los medios de comunicación, las instituciones político-sanitarias, los profesionales y la industria farmacéutica, entre los actores principales.²⁶³

Respecto a la sociedad, hay que tomar en cuenta las creencias y valores que establecen sus expectativas. La concepción de salud-enfermedad juega un papel básico, así como el enfoque de riesgo en la atención que ha pasado a ser considerado un estado previo a la enfermedad, susceptible de ser resuelto con el empleo preventivo de fármacos; la conservación de la salud ha elevado su valor social; el mayor acceso a la información médica posibilita mayor conocimiento, aunque no siempre mejor conocimiento; el avance del proceso de secularización eleva la demanda de servicios médicos; la sociedad de consumo también se refleja en el ámbito de la salud; y la menor tolerancia al dolor y al sufrimiento.²⁶⁴

Los medios de comunicación son una caja de resonancia de las creencias y expectativas sociales; ocupan un lugar destacado como fuente de información en salud, sólo superados por los profesionales de la salud. No obstante, la información que proporcionan suele ser sesgada en favor de los intereses de una potente industria sanitaria, ávida de extender el mercado para el consumo de sus productos. En cuanto a las instituciones político-sanitarias, la inclinación a la cobertura universal aumenta la oferta de servicios y propicia la medicalización; el modelo sanitario vigente privilegia la atención al daño por encima de la atención al riesgo.²⁶⁵

Con respecto a los profesionales, a juicio de Conrad, los médicos son aún quienes centralizan las decisiones terapéuticas, pero han venido perdiendo protagonismo en un proceso de medicalización que ahora ya no sólo se ciñe al imperialismo médico, sino a fuerzas sociales más complejas.²⁶⁶ Por otra parte, al estar centrada la formación del médico en aspectos biológicos, con el apoyo de la tecnología los médicos tienden a explicar el origen del proceso salud-enfermedad

²⁶³ *Ibid.*, p. 153.

²⁶⁴ *Ibid.*, pp. 153-154.

²⁶⁵ *Ibid.*, pp. 155-156.

²⁶⁶ Peter Conrad, "Los motores cambiantes de la medicalización"... *op. cit.*, p. 13.

en su vertiente biológica, quedando al margen su carga psicológica y social.²⁶⁷ Finalmente, la industria farmacéutica, como toda empresa, persigue el máximo rendimiento y para ello utiliza el *marketing* (mercadotecnia) para ampliar su mercado, financiar investigaciones sesgadas hacia sus productos, además de promover nuevas enfermedades y nuevos fármacos para su tratamiento.²⁶⁸

Los procesos de medicalización han sido definidos por la filósofa mexicana Adriana Murguía como:

...aquellos mediante los que en cada vez mayor número y diversidad de condiciones, conductas y experiencias son categorizados como enfermedades o desórdenes y que por ende se incorporan al campo de los saberes y del ejercicio de los profesionales de la biomedicina.²⁶⁹

A decir de Murguía, el concepto de medicalización, así como los fenómenos a los que hace referencia, han cambiado sensiblemente, generando una polisemia.²⁷⁰ Por su parte, para el sociólogo estadounidense Joseph E. Davis la polisemia resulta de la dificultad de establecer límites entre la medicina y otros discursos y prácticas, los cuales emplean el lenguaje de lo normal y lo patológico, pero no así la terapéutica ni el modelo médico, además, por la ampliación del ámbito médico a esferas que no eran de su competencia, por ejemplo, la extensión de la competencia médica en asuntos penales vinculados a la determinación de la inocencia o no de las personas.²⁷¹

En el 2002 una prestigiada revista científica británica publicó una encuesta en la cual, dentro de un listado de condiciones, se identificaron las diez principales *no enfermedades* (envejecimiento, trabajo, aburrimiento, bolsas en los ojos, ignorancia, calvicie, pecas, orejas grandes, canas y fealdad). El objetivo era provocar un debate sobre qué es y qué no es una enfermedad, llamar la atención

²⁶⁷ Ramón Orueta y cols., Medicalización de la vida (I)... *op. cit.*, p. 157.

²⁶⁸ *Ibid.*, pp. 159-160.

²⁶⁹ Adriana Murguía, Teresa Ordorika y León F. Lendo, "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2016, p.636.

²⁷⁰ *Ibid.*, p.637.

²⁷¹ *Idem.*

sobre la progresiva tendencia a clasificar los problemas de las personas como enfermedades, así como ilustrar lo escurridiza que puede ser la noción de enfermedad. Por *no enfermedad*, se entiende un proceso o problema humano que tiene algún tipo de condición médica, en el cual las personas pueden ser tratadas y así lograr mejores resultados.²⁷²

No obstante que el concepto de *no enfermedad* pudiera ser interpretado irónicamente como un asunto risible, se trata de una cuestión delicada. Sobre todo, si se toma en cuenta que el común de las personas no estudió medicina ni tienen porque hacerlo. Además, en el sistema convencional de atención médica, quien toma la iniciativa para consultar al médico es el presumible enfermo, es decir, el paciente. La decisión de consultar la toman las personas según sus propios criterios particulares. El asunto cobra mayor relevancia ante el temor que desencadenan, en no pocas personas, condiciones como las que se identificaron en la citada encuesta y otras condiciones más.

Ante la solicitud de atención del posible enfermo, el médico puede tomar diferentes cursos de acción. Uno de esos cursos es recomendar la realización de exámenes de laboratorio o de gabinete para “salir de dudas”. El problema se suele agravar cuando se labora en un ambiente en el cual campea la amenaza de demanda judicial hacia el médico por mala práctica, impericia o negligencia. La solicitud de ese tipo de pruebas auxiliares para el diagnóstico hará necesaria la participación de otros profesionales de la salud, multiplicando así las opiniones y diagnósticos no asociados a la causa que motivó la solicitud de atención médica.

Aunque puede ser claro para el médico que dichas condiciones no son enfermedades, para otras personas pueden serlo. La *no enfermedad* es un motivo frecuente de solicitud de atención médica y, de igual forma, abre la puerta para el ingreso de una persona sana a los procesos de medicalización. En consecuencia, una persona no enferma es convertida en enferma o, en otras palabras, en ocasiones resulta peor no estar enfermo que estarlo, pues dicha persona quedará expuesta a intervenciones médicas no necesarias.

²⁷² Richard Smith [Ed.], In search of non-disease, *British Medical Journal*, 2002;324:883-5.

El médico hispano Ignacio Pérez-Ciordia subraya la dificultad de establecer una frontera entre lo que es y lo que no es una enfermedad. Resulta obvio que los médicos tengan la inclinación de considerar como enfermedad algunos asuntos cotidianos. Inclusive, desde hace algún tiempo se suele hablar de estados de pre-diabetes, pre-hipertensión, pre-osteoporosis, etc. El establecimiento de esa categoría previa a la enfermedad no es accidental, sino que, como lo afirma Pérez-Ciordia:

“...es el paso previo a la mercantilización de la enfermedad y a la medicalización de la vida”.²⁷³

Este autor establece una cadena de causalidad en la cual la *no enfermedad* es encauzada hacia la enfermedad, es decir, la enfermedad es una invención. En este mismo sentido, el científico alemán Jörg Blech afirmó que la medicina moderna ha hecho creer a los individuos que la naturaleza los afecta continuamente con nuevas enfermedades, las cuales solamente pueden ser aliviadas por los médicos, es decir, ha brotado una poderosa fuerza para hacer olvidar la salud a las personas: la medicina moderna.²⁷⁴ En otras palabras, diversos procesos cotidianos de la vida de los seres humanos han sido medicalizados.

Blech pone énfasis en el notable incremento de los diagnósticos médicos en países industrializados, así como al crecimiento paralelo en el número de fármacos en el mercado, pues:

“...para cada enfermedad hay una pastilla. Y cada vez con mayor frecuencia, para cada nueva pastilla hay también una nueva enfermedad”.²⁷⁵

Este fenómeno conocido como promoción o invención de enfermedades (*disease mongering*), hace referencia al esfuerzo de la industria farmacéutica para

²⁷³ Ignacio Pérez-Ciordia, I, *Las no enfermedades y la medicalización... op. cit.*, pp. 74.

²⁷⁴ Jörg Blech, *Inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona, Destino-Planeta, 2003, pp. 11-18.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 18.

alertar a la población sobre trastornos o enfermedades, regularmente inocuas, con el fin de elevar la comercialización de fármacos, mediante la publicidad y la conquista de la población médica, la cual es sistemáticamente perseguida por una cuadrilla de bien aleccionados visitantes médicos o representantes farmacéuticos, quienes los asaltan en los distintos escenarios en que tiene lugar la práctica médica, habitualmente en consultorios y clínicas.

El visitador médico, representante de la industria farmacéutica, es el encargado de divulgar información de productos que las farmacéuticas le han designado impulsar en el mercado; suele ser joven, dinámico, poseedor de conocimientos técnicos sobre los productos que promociona, además de habilidades para la comunicación, la persuasión y conocimientos comerciales. Resulta paradójico que el visitador es quien, en alguna medida, mantiene actualizado al médico sobre nuevos productos y sea él quien asuma la función de “asesor terapéutico”. El visitador suele conquistar la lealtad del facultativo mediante obsequios de diversa índole como muestras médicas de productos para la salud, artículos promocionales con la marca del producto, información bibliográfica de esos productos, además de financiar la asistencia a congresos para los médicos que hayan hecho méritos en la prescripción de sus productos.

La oscura relación entre los profesionales de la salud y la industria farmacéutica es un secreto a voces entre el gremio médico. La relación forma parte del fenómeno conocido como conflicto de interés, pues en ejercicio de su quehacer sobreviene una competencia entre los intereses del médico y los del enfermo. Además, por supuesto, del interés económico de la industria farmacéutica. El asunto ha adquirido tal relevancia que algunos Comités de ética han emitido recomendaciones dirigidas a los médicos para alertarlos con respecto a su relación con dicha industria. Entre las recomendaciones centrales destacan asuntos como: las muestras médicas y la relación con visitantes y representantes de ventas; la participación en actividades de educación médica; la participación en proyectos de investigación clínica; y las relaciones comerciales.²⁷⁶

²⁷⁶ Alberto Lifshitz y cols., Comité de Ética y Transparencia en la Relación Médico-Industria (CETREMI); Recomendaciones para los médicos en su relación con la industria farmacéutica, *Gac Med Mex.* 2016;152:295-6.

2.2 La medicalización de la anormalidad y el control social. Creación de nuevas enfermedades

Con respecto a la invención de nuevas enfermedades, Conrad cita casos cotidianos de comportamiento tales como el niño hiperactivo, el exhibicionismo, la afección del estado de ánimo, la hiperorexia o apetito exagerado, la adicción a drogas, etc. Todos los casos descritos son ejemplos de comportamiento y anormalidad social cuya solución ha sido puesta en manos del médico. De acuerdo con este autor:

“La medicalización de la anormalidad y el control médico social que la acompaña predominan de forma creciente en las modernas sociedades industriales”.²⁷⁷

El alcance de las actividades encomendadas al médico tiende a expandirse para abarcar asuntos que antaño no habían sido definidos como entidades médicas. El recién nacido, la infancia, la mujer embarazada o menopáusica y el adulto mayor se convirtieron en blanco de cuidados y de acciones concretas para medicalizarlos, inclusive al margen de que dichas etapas se acompañen o no de manifestaciones que hagan suponer el acompañamiento de eventos patológicos. Otro grupo de condiciones que han pasado a formar parte de la responsabilidad del médico contemporáneo son la depresión, la anorexia, la bulimia, el alcoholismo y las adicciones, la esterilidad, la homosexualidad, la desnutrición y la obesidad, entre las más comunes.

La medicina moderna paulatinamente incorporó, dentro de su ámbito de competencia, al comportamiento “anormal” convertido ahora en marco de referencia para la creación de nuevas entidades médicas, es decir, un conjunto de expresiones conductuales de los seres humanos pasaron a formar parte de la agenda del médico y, en consecuencia, este último es comprometido u obligado a participar en el diagnóstico, tratamiento y control de las alteraciones conductuales de dichas personas. De acuerdo con Conrad, la participación de la medicina

²⁷⁷ Peter Conrad, “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en Ingleby, David [Ed.], *Psiquiatría clínica. La política de la salud mental*, Barcelona, Crítica, 1982, p. 129.

moderna en el manejo de los casos de comportamiento “anormal” es una manifestación de su utilización por el Estado como agente de control social, pues incorpora a la medicina a la tarea de:

“...limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido utilizando medios médicos y en nombre de la salud”.²⁷⁸

Según Conrad, en la base de los procesos de medicalización subyacen dos ideas: la construcción social de la enfermedad y la relación entre enfermedad y la anormalidad. La primera se refiere al concepto positivista de que la enfermedad es la presencia del morbo en un organismo al cual impide su buen funcionamiento. Esta idea supone la existencia de alguna norma del buen funcionamiento, así como de un observador médico que reconozca dicho estado normal. En oposición a la visión positivista, para la postura relativista, una condición es enfermedad sólo si es reconocida y definida por la cultura. Ambas posturas dan por sentado que algo se define como enfermedad, pero enfermedad y morbo son construcciones sociales cuya existencia depende de que alguien las reconozca y defina. Las enfermedades son juicios humanos negativos pues representan condiciones indeseables.²⁷⁹

Respecto a la idea de la relación entre enfermedad y la anormalidad, Conrad se refiere al trabajo del sociólogo estadounidense Talcott Parsons quien definió el “rol del enfermo” para designar el comportamiento anormal. Este último concibió la enfermedad como anormalidad porque amenaza la estabilidad de un sistema social. La respuesta social ante la persona enferma es tratarla con el objeto de modificar las condiciones que impiden su adhesión a lo normal. A través del “rol de enfermo”, se legitima la anormalidad de la enfermedad para así encauzar al enfermo hacia la acción reintegradora del médico, reduciéndose el carácter perjudicial para la sociedad. Al hablar del “rol del enfermo”, está implícita la idea del papel de la medicina como una institución para el control social.²⁸⁰

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 130.

²⁷⁹ *Ibid.*, pp. 130-135.

²⁸⁰ *Ibid.*, pp. 136-137.

El concepto de comportamiento anormal, a decir de Conrad, se ha transformado históricamente de religioso a moral a estatal a médico-científico.²⁸¹ De igual manera, Foucault precisa que a comienzos del siglo XX se modifica sensiblemente el papel conferido al psiquiatra respecto del sujeto criminal. El papel del psiquiatra consiste ahora en constatar si en el criminal existen anomalías mentales relacionadas con la infracción cometida. Por lo tanto, el psiquiatra deberá acreditar si el individuo es peligroso, susceptible de sanción penal, curable y readaptable. A partir de entonces, emerge la técnica de normalización para hacerse cargo del delincuente. Es a través de las instituciones, entre ellas la institución judicial y la institución médica, como el poder de normalización ejerce su soberanía en la sociedad.²⁸²

La idea de individuo peligroso permitió justificar la participación de las instituciones médico-judiciales. A juicio de Foucault:

Antes de ser una especialidad de la medicina, la psiquiatría se institucionalizó como dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir de la sociedad debido a la enfermedad o a todo lo que se puede asimilar directa o indirectamente a ésta.²⁸³

Para constituirse como parte del saber médico, la psiquiatría hubo de participar en la categorización de la locura como una enfermedad. En otras palabras, la psiquiatría jugó un papel central en la articulación de la higiene pública y de la protección social al saber médico. De esta manera, la psiquiatría en particular y la medicina en general, juegan un papel central para incorporar al sujeto con cualquier conducta anormal dentro de la categoría de enfermedad y, como tal, objeto de su estudio e intervención. Con base en la técnica de normalización, el papel del médico no tendrá por función excluir. Por el contrario, el médico tendrá a su cargo la tarea de intervenir y promover la transformación del enfermo en un sujeto normal, esto es, sano.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 138.

²⁸² Michel Foucault, *Los anormales*. Curso de el Collège de France (1974-1975), [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007, pp. 37-38.

²⁸³ *Ibid.*, p. 115.

A juicio de la filósofa hispana Victoria Camps, la obsesión por la unidad ha sido una característica del pensamiento occidental, dicha fascinación ha sido tal que ha entorpecido la aceptación de la diversidad y ha dado lugar a la intolerancia. Un grupo que suele dar lugar a la intolerancia son las diferencias físicas o anormalidades.²⁸⁴ Ejemplo de ellas son la enfermedad mental, la discapacidad, la preferencia sexual, la identidad de género, etc. Las personas poseedoras de dichas características o conductas son objeto de desaprobación social, pues se les percibe como contrarias a las normas culturales prevalecientes. Cada sociedad se encarga de establecer lo que debe entenderse como normal, segregando a la persona o a los grupos de personas por su condición de “anormalidad”.

La obra de escritor francés Jules Romains titulada *Dr. Knock o el triunfo de la medicina* es un montaje teatral de 1923, del cual se sirvió su autor para ilustrar el papel protagónico y sin parangón que los médicos ejercían en la vida cotidiana. La función que en otros tiempos recayó en el confesor fue asumida por los médicos. La situación prevaleciente en el actuar médico de la época llevó al crítico literario chileno Emilio Vaisse a afirmar:

“...desde principios del siglo XX la profesión médica tiende más y más a organizarse comercialmente y a convertirse en una científica explotación del enfermo”.²⁸⁵

Se trata de una aseveración categórica, sin embargo, Vaisse aclara que su propósito no es demeritar el quehacer médico sino distinguir entre el médico y el explotador de la medicina.

El personaje central de la obra de Romains es el Dr. Knock, un médico recién graduado quien sustituye al antiguo, vetusto y empobrecido Dr. Parpalaid, en un poblado ubicado entre las montañas de un poblado llamado San Mauricio. El Dr. Parpalaid transfiere su diminuta clientela al Dr. Knock quien, contando con el auxilio del director de la escuela primaria y el boticario del pueblo, entre otros,

²⁸⁴ Victoria Camps, *Los valores de la educación*, Madrid, Anaya, 1998, pp. 91-96.

²⁸⁵ Emilio Vaisse (Omer Emeth), *Knock o el Triunfo de la Medicina, de Jules Romains*, (Editorial no identificada) p. 14. Consultado el 15 diciembre de 2018 en: <https://edoc.pub/knock-o-el-triunfo-de-la-medicina-de-jules-romains-pdf-free.html>.

logra persuadir a los pobladores de que: "...todo hombre de buena salud es un enfermo que no se da cuenta de su enfermedad".²⁸⁶ El Dr. Knock, haciendo uso de los recursos más siniestros y sin el menor asomo de recelo en su conciencia, en un plazo muy corto transformó el pueblo en un vasto hospital, es decir, la medicina gobierna al pueblo y el Dr. Knock se convirtió en un exitoso y acaudalado médico.

El caso del Dr. Knock constituye una crítica radical sobre el entorno en que se lleva a cabo el ejercicio de la medicina en la época contemporánea. Al analizar el poder que ha adquirido el médico para convertir a personas en enfermos, Illich afirmó:

"La medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable".²⁸⁷

El médico cuenta con la suficiente autoridad para declarar enfermo a alguien, aunque éste no se queje, es decir, queda en sus manos la aplicación de criterios de normalización para identificar personas con comportamientos que rebasen los límites de normalidad establecidas por cada grupo social. Una vez identificados los casos de anormalidad, las personas son perfiladas hacia el tratamiento farmacológico con el propósito de corregir su condición anormal. Así es como suele operar la invención de enfermedades. Dicho concepto fue empleado en 1992 por la periodista especializada en temas de salud Lynn Payer y se refiere a las estrategias empleadas por la industria farmacéutica para convertir individuos sanos en enfermos potenciales y así estimular el consumo de fármacos, sin lugar a duda un negocio redondo.

Como ha sido apuntado por Pearce, el experimento Peckham, que incluyó revisiones a 1,206 familias, mostró que en la primera revisión, tan sólo el 9% de los individuos estuvo exento de problemas médicos. Esto contrasta con el hecho de que, al momento de ingresar al estudio, solamente el 9% de las personas se

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 19.

²⁸⁷ Iván Illich, "Némesis Médica"... *op. cit.*, p. 567.

encontraba bajo alguna forma de tratamiento médico.²⁸⁸ Estos resultados estarían en consonancia con la frase atribuida a Aldus Huxley: “La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano”²⁸⁹, pues la medicina se ha dado a la tarea de salvar no solamente enfermos sino también a personas saludables.

En párrafos previos, cuando se trató el problema del establecimiento de lo normal en medicina, se mencionó que lo normal se suele admitir como sinónimo de sano, es decir, se acepta la normalidad como algo natural. Sin embargo, en la práctica médica, el término *normal* es complejo e incluye aspectos estadísticos, funcionales y normativos.

2.3 La enfermedad mental y las farmacéuticas o la medicalización de las emociones

En un estudio publicado en el 2013, que incluyó un total de 187 países, Whiteford y colaboradores estimaron que la carga de la enfermedad debida a trastornos mentales y por el uso de sustancias aumentó en un 37.6% entre 1980 y 2010.²⁹⁰ Lo interesante del estudio fue que, al igual que otros, vino a confirmar la tendencia al incremento en la ocurrencia de este grupo de enfermedades. Aunque dichos padecimientos no contribuyen en forma sustantiva en la mortalidad de la población, modifican sensiblemente la vida cotidiana de quienes la padecen, así como la familia que suele brindarles apoyo; además del reto que en conjunto representan para la medicina institucionalizada.

Debido al comportamiento que ha tenido la enfermedad mental en la época contemporánea, la OMS le lleva un seguimiento acucioso. Prueba de ello es el esfuerzo desplegado para configurar el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, en cuyo núcleo fundamental se inscribió el principio “no hay salud sin salud mental”.²⁹¹ De acuerdo con estudios encabezados por la propia OMS, los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre el 20% y el 25% del total

²⁸⁸ Innes H. Pearce, La salud del individuo, de la familia, de la sociedad... *op. cit.*, p. 234.

²⁸⁹ Jörg Blech, *Inventores de enfermedades...* *op. cit.*, p. 15.

²⁹⁰ Whiteford, Harvey A et al., Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1575-1586.

²⁹¹ OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Ginebra, OMS, 2013, p. 6.

de la población en algún momento de su vida.²⁹² Los padecimientos que con mayor frecuencia son causa de discapacidad son los trastornos depresivos, los trastornos debidos al empleo de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia.²⁹³

No obstante que predominan los reportes que se pronuncian a favor de una tendencia al aumento de la ocurrencia de la enfermedad mental, hay otros puntos de vista. Algunos señalan que el incremento es debido a cambios en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* o en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la *American Psychiatric Association*, que pueden modificar la frecuencia con que se diagnostican y reportan dicho conjunto de enfermedades, más no necesariamente con la que se producen. Por otra parte, también se sostiene que quizás no haya aumentado la enfermedad mental sino la conciencia de dichas enfermedades, es decir, ha habido una mayor visibilidad de la enfermedad, acompañada de una tendencia a reducir su subregistro.

Thomas Istvan Szasz estudió la forma cómo los procesos de medicalización y psiquiatrización de los asuntos personales, sociales y políticos, se articulan con propósitos ideológicos que responden al interés por establecer un control social. Este autor señala que a partir del siglo XX, y especialmente después de las dos Guerras Mundiales, se aceleró el ritmo de la conquista psiquiátrica. Actualmente la vida se concibe como una enfermedad que inicia al nacer y concluye con la muerte. Además, en todas las etapas del proceso vital, se requiere de la ayuda de los médicos, especialmente de los profesionales de la salud mental.²⁹⁴

A juicio de Szasz, la ideología juega un papel central en el despliegue de las acciones en salud mental; para él, la ideología psiquiátrica moderna ha venido a reemplazar el papel tradicional de la ideología cristiana. Al respecto, declaró que ahora:

²⁹² OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, OMS, 2001, p. XV.

²⁹³ *Ibid.*, p. 20.

²⁹⁴ Thomas S. Szasz, *Ideología y enfermedad mental... op. cit.*, p. 14.

“En lugar de nacer pecador, el hombre nace enfermo. En lugar de ser la vida un valle de lágrimas es un valle de enfermedades”.²⁹⁵

El papel que en otro tiempo representó el sacerdote, en la época contemporánea, ha sido gradualmente ocupado por el médico moderno. En otras palabras, la entonces ideología predominantemente cristiana fue reemplazada por la moderna ideología médica, apuntalada de forma sustantiva por el saber científico y la tecnología que le confieren al médico la suficiente autoridad para condenar como enferma a una persona, a pesar de que quizás no lo esté. Agrega Szasz que la ideología imperante en la actualidad no es sino la reedición de la vieja, pero con nuevas formas o artilugios, pues el poder siempre se las ha ingeniado para crear formas cada vez más sutiles para procurar el cautiverio de sus gobernados, ocultando sus verdaderos objetivos y métodos. El método de sometimiento ha llegado al grado de despojar al oprimido de su lenguaje para expresar su condición de aflicción, menoscabando al ser humano como persona y oprimiéndolo como ciudadano.²⁹⁶

Existen algunas voces críticas dentro de la propia medicina, para quienes la medicalización de las emociones constituye la mayor victoria de la industria farmacéutica. Uno de los escenarios en los que la medicalización se ha expresado con mayor vigor es el ámbito de la salud mental. Una de esas voces es la de Allen Frances, en cuyo obra titulada *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*,²⁹⁷ señala que su propósito es ayudar a salvar la normalidad,²⁹⁸ es decir, ayudar a la gente normal de ser diagnosticada como enferma y, en consecuencia, ser dirigida a la acción del médico para someterse a tratamientos, a su juicio, innecesarios.

En el mismo sentido, el bioquímico británico Richard J. Roberts, Premio Nobel de Medicina 1993, denunció la manera cómo operan las grandes farmacéuticas, anteponiendo sus intereses económicos por encima de los beneficios para la salud, postergando la investigación sobre la cura de

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 15.

²⁹⁶ *Ibid.*, pp. 15-16.

²⁹⁷ Allen Frances, A, *Somos todos enfermos mentales... op. cit.*, 2014. p. 363.

²⁹⁸ *Ibid.*, p. 23.

enfermedades, puesto que curar no es tan rentable como la cronicidad de la enfermedad. Es habitual que dichas empresas se interesen en líneas de investigación de medicamentos cuyas acciones no tienen el propósito de curar sino de cronificar las afecciones. Para este autor, la investigación en la salud humana no puede estar solamente a merced de su rentabilidad económica.²⁹⁹

Por su parte, para el psicoanalista argentino Enrique Carpintero, la medicalización en el ámbito de la Salud Mental prospera por el dominio que ha adquirido la psiquiatría biológica de nuestros tiempos, de raigambre neopositivista, empeñada en concebir la enfermedad mental como una falla que es preciso corregir y no como un problema por entender, en el cual hay que dar cuenta de sus causas. La medicalización es una expresión de la globalización capitalista en la que el único objetivo es lograr la máxima rentabilidad. Bajo la mirada capitalista de la industria sanitaria, la salud queda sometida a los valores culturales que impone la ideología dominante. El resultado que se obtiene es:

“...que el sujeto atrapado en las “pasiones tristes” encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria”.³⁰⁰

El papel que se le ha conferido al enfermo no se reduce sólo a convertirlo en un simple objeto pasivo que sufre una enfermedad, sino que también es culpable por el hecho de padecerla. La salud mental ha pasado a formar parte de los intereses de la industria sanitaria. Una de las consecuencias es el creciente consumo de psicofármacos, paradójicamente una de las adicciones más notables de nuestros tiempos.

Para el capitalismo, la salud derivó, en gran medida, en un artículo más de consumo. Las farmacéuticas regularmente se encuentran más interesadas en la obtención de beneficios económicos que en curar la enfermedad. La salud mental se encuentra a merced de los intereses del Estado, las farmacéuticas y la medicina institucional. Se puede advertir un profundo proceso de medicalización

²⁹⁹ Enrique Carpintero, “Entrevista al Premio Nobel de medicina Richard J. Roberts”, en Carpintero, Enrique [Compilador], *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*, Buenos Aires, Topia, 2011. pp. 9-10.

³⁰⁰ *Ibid.*, p. 11.

en el ámbito de la salud mental que se ha dado en llamar psiquiatrización, pues la psiquiatría fue descubierta por la industria farmacéutica como una disciplina médica *ad hoc* para medicalizar la vida cotidiana.

2.4 La fetichización de los medicamentos

Los procesos de creciente medicalización de la sociedad contemporánea han dirigido su interés en crear la ilusión de que los fármacos constituyen la solución para cualquier tipo de enfermedad humana, ya sea de origen biológico, psicológico o social. La creencia regular es que para enfrentar con éxito una enfermedad la sociedad dispone de una, cada vez más diversa y eficaz, farmacia, y gracias a ella se le puede poner fin a buena parte de los malestares derivados de los padecimientos que aquejan al ser humano.

Una alta proporción de la población suele asociar la salud, la felicidad y el bienestar con el acceso al enorme repertorio de fármacos disponibles, convertidos ahora en la panacea de la salud, renovando así el viejo anhelo de los antiguos alquimistas que buscaban hallar la fórmula para curar cualesquiera de las enfermedades humanas. En otras palabras, y en alguna medida, se ha creado la ilusión colectiva de que la salud humana ahora depende de la capacidad de las personas para la adquisición de mercancías bienhechoras, es decir, los medicamentos. Sin embargo, en países con bajo nivel de renta, el 40% de la población no tiene acceso a los medicamentos esenciales. En contraste, en países con renta alta, la población sin acceso a medicamentos es menor al 1%.³⁰¹

Si se le visualiza de esa manera, en un régimen de producción capitalista, la práctica médica pasó a formar parte del mercado económico en el cual las relaciones sociales se regulan con base en la oferta y la demanda. La salud de la población no ha sido ajena a la dinámica del capitalismo y se encuentra a merced de un mercado que, como representación de la realidad, sintetiza una relación básica, la del intercambio mercantil. Así, la salud humana gradualmente pasó a formar parte de los intereses del mercado, más aún en las condiciones actuales dominadas por el libre mercado neoliberal, en donde el papel del Estado se ha

³⁰¹ Lourdes Girona, Joan Rovira y Núria Homedes (eds.), *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*, Icaria, Barcelona, 2009, p. 71.

reducido para dejar el mayor número de actividades económicas en manos de la gran empresa privada, entre ellas la salud de la población, ahora concebida como parte del mercado. En suma, en el capitalismo, las relaciones sociales que se establecen asumen el significado de cosificación.

La teoría marxista nos ayuda a comprender el fenómeno de la cosificación y el fetichismo. El fetichismo es uno de los pilares sobre los cuales Marx centró su reflexión acerca de la concepción materialista de la historia. El fetichismo de la mercancía está relacionado con las relaciones sociales entre las personas, esto es, su trabajo social. De acuerdo con Marx:

“...los productos del trabajo se convierten en mercancías, en cosas sensorialmente suprasensibles o sociales”.³⁰²

La mercancía es el reflejo del carácter social del trabajo como propiedad suya. En el capitalismo, las relaciones sociales se dan a través de los objetos convertidos en mercancías. La mercancía infiltra todas las relaciones sociales y, por ende, las prácticas sociales se cosifican. Paradójicamente, se lleva a cabo la personificación de las cosas y la cosificación de las personas, es decir, las personas pasan a formar parte de la maquinaria para la producción capitalista y las mercancías parecen adquirir vida.³⁰³ En el capitalismo, de manera contradictoria, la forma de constituir lo social no es social, pues ocurre una cosificación o fetichización. Se habla de fetiche porque un objeto material parece cobrar vida cuando encarna las relaciones sociales, es decir, las relaciones sociales aparecen como propiedad de la mercancía.

En el capitalismo las mercancías, como el núcleo de toda actividad humana, han terminado por dominar a los humanos, esto es, tienen mayor jerarquía que sus productores y se convierten en fetiches. El fetichismo es propio del sistema de intercambio en el capitalismo, eso significa que se producen mercancías para el intercambio. Una consecuencia del fetichismo de la mercancía es que eclipsa las

³⁰² Karl Marx, “4. El carácter fetichista de la mercancía y su secreto”, en *El capital. Tomo I, Vol. 1. op. cit.*, p. 87.

³⁰³ *Ibid.*, pp. 137-138.

relaciones entre las personas, esto es, las relaciones interpersonales terminan siendo cosificadas como atributos de las cosas. Pero, detrás de los objetos o las mercancías se oculta el trabajo explotado de las personas, es decir, el fetiche oculta el trabajo humano desplegado para su producción. Así, las cosas se convierten en entes ajenos a su autor y terminan por someterlos, es decir, el proceso de producción domina a los seres humanos.

Es el mercado el que determina *a posteriori* qué y cuánto se produce con base en el interés lucrativo y no con base en las necesidades sociales. El mercado se regula por la búsqueda de ganancias y no por las necesidades sociales. La gran mayoría de las mercancías producidas están destinadas para colocarse en el mercado y no pensadas para el autoconsumo. El fetichismo deriva del trabajo abstracto y, por ende, es un problema enraizado en la base del sistema de producción capitalista.

2.5 La industria farmacéutica. Entre la salud y el mercado

El fetichismo se encuentra en la base del capitalismo como la medicalización en el núcleo de la medicina institucionalizada. En el capitalismo, la medicina moderna experimenta diversas formas de cosificación. La relación entre el médico y el enfermo es uno de los ámbitos en el que se ha manifestado con gran fuerza este fenómeno. La relación médico-paciente, antaño sustentada en principios éticos, ahora está mediada por los intereses definidos por el mercado capitalista. Eduardo Luis Menéndez ha señalado:

Si algo expresa la mercantilización de casi todo por el capitalismo es el desarrollo actual de la biomedicina, que en forma directa e indirecta ha convertido en mercancía todo producto y acción biomédico, inventando incluso padecimientos, o impulsando el uso de medicamentos casi sin control, o con controles permisivos.³⁰⁴

³⁰⁴ Eduardo Luis Menéndez, Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder, *Salud colectiva*, 2015; 11(3), p. 303.

Para este autor, no sólo la práctica médica se mercantilizó, sino la vida se ha mercantilizado. Uno de los aspectos en los cuales se puede ejemplificar la fetichización, en la medicina moderna, es la farmacia. A juicio de la Doctora en Farmacia Lourdes Girona, el sector farmacéutico derivó en uno de los más rentables de la economía, con un notable incremento en el gasto de los medicamentos a partir de los años ochenta del siglo xx. Parte del éxito comercial se explica por el alto costo de los nuevos medicamentos, el cual casi nunca guarda relación con los supuestos beneficios adicionales que se prometen.³⁰⁵

Un fenómeno que contribuyó a poner en cuestión el supuesto efecto farmacológico de los medicamentos sobre un cuerpo fue el efecto placebo. En el año 1800 el médico británico John Haygarth publicó un texto en el cual explicó el efecto de la imaginación no sólo como causa, sino también como cura de los desórdenes corporales. Haygarth puso en cuestión un dispositivo inventado por Elisha Perkins, el cual consistía en una varilla de metal fabricada a partir de una aleación secreta que era capaz de absorber el dolor con sólo frotar la zona adolorida. Haygarth fabricó otro dispositivo similar de metal, sin ser de la aleación secreta, y otro de madera que pintó de color metálico para darle la apariencia de metal. Con esas tres varillas, una “real” y dos falsas trató a sus pacientes diciéndoles que era la varilla auténtica. Los resultados fueron similares sin importar el tipo de varilla empleada. El experimento demostró que los efectos alcanzados dependieron de la influencia de la confianza depositada por el paciente en el agente terapéutico, en este caso las varillas.³⁰⁶

La acción de un fármaco sobre el cuerpo resulta paradójica si se considera el placebo y el efecto placebo. Desde 1952, se había anticipado que, alrededor del 40% de los pacientes atendidos por médicos, se le prescribe medicamentos aludiendo a su efecto placebo.³⁰⁷ El placebo es una sustancia o procedimiento que carece de poder en sí mismo para producir un efecto buscado o esperado. Por su parte, el efecto placebo es un efecto psicológico o fisiológico en el ser

³⁰⁵ Lourdes Girona, Joan Rovira y Núria Homedes (eds.), *Medicamentos... op. cit.*, pp. 109-110.

³⁰⁶ John Haygarth, *Of the Imagination, as a Cause and Cure of Disorders of the Body; Exemplified by Fictitious Tractors, and Epidemical Convulsions. Read to the Literary and Philosophical Society of Bath, Annals of medicine*, 1800, p. 133-145.

³⁰⁷ “The bottle of medicine”, *British Medical Journal*, Jan, 19, 1952, n. 1, p. 149.

humano, atribuible al hecho de recibir una sustancia o estar bajo un procedimiento determinado, no siendo dicho efecto adjudicable al poder de la sustancia o procedimiento.³⁰⁸

Los medicamentos son lanzados al mercado para su comercialización y consumo. Sin embargo, los efectos alcanzados en los pacientes que los consumen, en alguna medida, se explican por el efecto placebo. En consecuencia, el consumo de un medicamento produce efectos atribuibles de manera directa al fármaco por debajo de su efecto total. No obstante, esa diminuta mercancía produce enormes beneficios económicos a la industria farmacéutica. No es de extrañar que en estos años de globalización galopante, en la que el mercado busca expandirse, la industria farmacéutica capitalista despunte como un sector destacado. Para sostener el ritmo de crecimiento que la industria farmacéutica ha venido alcanzando en las últimas décadas, según Blech, es preciso tratar como enfermos a un volumen cada vez mayor de personas que, en realidad, están sanas.³⁰⁹

A juicio del médico mexicano Fermín Valenzuela, en contraste con el reto que entraña el proceso para la elaboración del diagnóstico médico, la elección del tratamiento suele ser subestimada. La prescripción del tratamiento suele ser resultado de la costumbre, de la moda, de la experiencia, más que de la reflexión. Como ya fue comentado, la presión que ejerce la industria farmacéutica por mediación de los visitantes suele inclinar la decisión terapéutica en función de las novedades. Sin embargo, del total de medicamentos que anualmente son lanzados al mercado como novedades terapéuticas en los EUA, menos del 3% realmente lo son. La mayor parte corresponden a modificaciones en la estructura de fármacos ya conocidos.³¹⁰

El medicamento como fetiche es una mercancía al que se le han atribuido propiedades que no tiene, pero que quizás la psique humana haya sido

³⁰⁸ Octavio Abarca A. y cols, *Placebo y Psicología Clínica: Aspectos Conceptuales, Teóricos e Implicancias*, *Terapia psicológica* 2005, Vol. 23, N° 1, pp. 73-74.

³⁰⁹ Jörg Blech, *Inventores de enfermedades... op. cit.*, p. 17.

³¹⁰ Fermín Valenzuela, "La ética de la prescripción", en Rivero Serrano, Octavio y Paredes Sierra, Raymundo (Coord.), *La ética en el ejercicio de la medicina*, México, Panamericana, 2006, pp. 233-236.

condicionada para reconocerle atributos ilusorios. Los medicamentos se erigen como fórmulas con propiedades prodigiosas que resuelven nuestros males modernos. Sin embargo, tras esas propiedades sobrehumanas que se les confieren, opera una estrategia de mercado, según Francisco Debesa, dicha estrategia está centrada en: inventar nuevas enfermedades; tratar problemas leves o de mediana gravedad ante el riesgo de enfermedades más graves; transformar los riesgos en enfermedades; sembrar la preocupación sobre futuras enfermedades en poblaciones sanas y convertir asuntos de carácter social o conductual en problemas médicos.³¹¹

A juicio de Blech, la enfermedad se ha convertido en un producto industrial, es decir, los procesos cotidianos de la existencia humana, en otra época considerados normales, han sido transformados en problemas médicos.³¹² Este autor denuncia que la función fundamental de la medicina contemporánea consiste en hacer creer a la humanidad que hemos claudicado ante una naturaleza que nos mantiene sometidos ante la emergencia de nuevas enfermedades que únicamente los médicos pueden curar, y que sólo lo pueden hacer mediante el empleo de un robusto arsenal de fármacos.

La síntesis y comercialización de fármacos es una actividad aún reciente, los primeros productos químicos fueron extraídos de plantas o animales, de ahí su nombre de orgánicos en oposición a los de tipo inorgánico obtenidos por otras vías. Fue hasta finales del siglo XIX cuando se obtuvo el primer fármaco sintético, la acetofenidina, que inició su comercialización en 1885 como analgésico en Alemania. Ulteriormente, el ácido acetilsalicílico (aspirina) fue el segundo en ser comercializado en 1899.³¹³ A partir de entonces dio inicio una carrera frenética por aislar y comercializar nuevos productos. La industria farmacéutica es un sector que creció a un ritmo exponencial, a la par con el impulso de la medicina moderna.

³¹¹ Francisco Debesa García, Medicamentos o mercancía, *Rev Cubana Farm*, 2014;48(4), Consultado el 23 de febrero del 2019, http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol48_4_14/far01414.htm.

³¹² Jörg Blech, *Inventores de enfermedades... op. cit.*, p. 11.

³¹³ Alberto Lifshitz, Las alternativas farmacéuticas. Medicamentos innovadores, de patente, genéricos, similares y otros, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 54, Nº 5. Septiembre-Octubre 2011, p. 46-49.

Mientras el sistema sanitario sufre de problemas financieros para enfrentar el embate del cada vez más nutrido número de enfermedades, los negocios de la industria farmacéutica marchan a la perfección. Muestra de ello es que en el 2002, año en que tuvo lugar una crisis de alcance mundial, cuyo epicentro fue la economía norteamericana, el comercio mundial, luego de crecer a ritmo del 12% en el 2000, sufrió una desaceleración de doce puntos porcentuales en el 2001. Sin embargo, asegura Blech que los beneficios de las diez empresas farmacéuticas más grandes, conocidas como las “*Big Pharma*”, como se le conoce despectivamente, crecieron alrededor del 13%. Cabe enfatizar que dichas empresas destinan un tercio de sus ingresos y un tercio de su personal a lanzar medicamentos al mercado mediante el *marketing*.³¹⁴

A través de técnicas de mercadeo, el *marketing* farmacéutico estimula y satisface la demanda de medicamentos. La industria farmacéutica encarna lo que Blech denomina inventores de enfermedades (*disease mongering*), pues sus ganancias están fundadas en las personas sanas a las que convencen de estar enfermas. Sólo así es que dicha industria puede mantener el ritmo de crecimiento histórico en sus utilidades. Este autor declara que los inventores de enfermedades han obtenido el monopolio de la información en la educación sanitaria; estima que una alta proporción de artículos sobre temas médicos que se publican en medios de comunicación son debidos a relaciones públicas dirigidas. No obstante, la forma común de operar está encubierta.³¹⁵

En la época contemporánea, la industria farmacéutica se situó en el núcleo de los procesos de medicalización. El médico, etólogo y filósofo austriaco Konrad Lorenz nos alertó sobre las múltiples barbaridades que se cometen hoy en día con el empleo de productos químicos, incluida la propia farmacopea. A decir de él, los inmunobiólogos han mantenido fundadas sospechas respecto a medicamentos de uso generalizado, llegando a considerar a la industria química como un grupo de criminales irresponsables por la distribución de productos cuyos efectos son imprevisibles a largo plazo. De lo que menos se percata la humanidad civilizada,

³¹⁴ Jörg Blech, *Inventores de enfermedades... op. cit.*, p. 22.

³¹⁵ *Ibid.*, pp. 19-20.

que destruye de manera ciega y vandálica la naturaleza, es que en el transcurso de ese proceso bárbaro, se daña a su propio espíritu.³¹⁶

El desarrollo de la medicina moderna se sumó a la idea, de raigambre ilustrada, de encaminarse hacia un progreso sostenido e imparable en materia sanitaria. La razón de ser de la práctica médica originaria fue el auxilio solidario al enfermo. Sin embargo, en el modo de producción capitalista, donde los intereses están dominados por el mercado, las necesidades de salud de la población pasan a un plano secundario. El gran poder económico alcanzado por la industria farmacéutica le ha permitido colocar sus intereses dentro de la política sanitaria a nivel global. Esta industria es responsable de patrocinar la configuración de nuevas enfermedades, es decir, diversos procesos de la vida cotidiana tienden a ser medicalizados. El incremento en los diagnósticos médicos crece a la par del consumo de fármacos.

2.6 Otras formas de la medicalización de la vida

El ensanchamiento del proceso de medicalización en la sociedad contemporánea incorpora gradualmente nuevos problemas dentro de su radar de acciones y extiende el mercado para la distribución y el consumo de recursos. Moral Jiménez ha señalado que la nuestra es una sociedad medicalizada que ambiciona una *tranquilidad recetada*, que goza de servicios terapéuticos ante la proliferación de nuevas entidades mórbidas que patologizan en forma preventiva la vida cotidiana. La patologización preventiva es una contradicción que opera regularmente en la práctica médica cotidiana. Esta supuesta acción preventiva no es preventiva en sentido estricto, sino que es patológica, porque intenta paliar un problema socialmente construido.³¹⁷

El Modelo de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, modelo esquemático configurado durante la década de los años sesenta del siglo XX, tuvo gran influencia en la educación de los profesionales de la salud y en la organización de los servicios de salud. En dicho modelo, las acciones que se

³¹⁶ Konrad Lorenz, *Los ocho pecados mortales de la humanidad civilizada* [Traducción de José Aníbal Campos], Barcelona, RBA, 2011, pp. 34-35.

³¹⁷ María de la Villa Moral Jiménez, *Crítica a la visión dominante...* *op. cit.*, p. 86.

despliegan tanto en la prevención secundaria como en la prevención terciaria, y aún en la prevención primaria, forman parte de la patologización preventiva. Bajo éste principio se han venido incrementando las necesidades preventivas que se anticipan a la condición de enfermedad y patologizan la vida cotidiana. Esta forma de patologización también ha sido medicalizada.

A decir de Moral Jiménez, la medicalización de la salud nos puede encaminar a una extensión innecesaria de lo patológico, entendido por ello todo aquello que se encuentre al margen de criterios normativos. Tras la obsesión por alcanzar un estado de salud ideal, se oculta una forma de sometimiento individual y colectivo. El cuidado de la salud de la sociedad se posibilita mediante el adoctrinamiento personal acerca de la importancia del bienestar personal, aunque no se agota en ello, pero contribuye en forma sustantiva a enmascarar sutiles mecanismos de control social.³¹⁸

Por otra parte, el psiquiatra estadounidense Paul Chodoff ha apuntado que los procesos de medicalización ahora no sólo incluyen variedades y caprichos de los sentimientos y los comportamientos humanos, sino la propia condición humana misma. Señala la ausencia de consenso para diferenciar el empleo de los términos enfermedad mental y trastorno mental. La discusión incluye cómo considerar algunos rasgos de la personalidad, por ejemplo aquellos que no han sido tipificados como indeseables, pero que caen dentro de ámbito indefinido no fácilmente distinguible. Este autor critica el modelo médico imperante, así como lo que él denomina “furor psicofarmacológico” que busca un fármaco específico para cada sentimiento o comportamiento “aberrante”. Un furor que ha tendido a desplazar a la psicoterapia. En suma, la medicalización ha extendido su radio de acción hacia la condición humana.³¹⁹

Otro ámbito en donde ha penetrado la medicalización es la reproducción humana. La antropóloga y socióloga hispana Montse Juan señala que, si bien la emergencia de métodos de control de la fertilidad, ha permitido a las mujeres extender sus perspectivas de vida, la conducta de las mujeres acerca de su

³¹⁸ *Ibid.*, p. 97.

³¹⁹ Paul Chodoff, “The Medicalization of the Human Condition”, *Psychiatric Services*, May 2002, Vol. 53, No. 5, pp. 627-628.

maternidad, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, la fertilidad, el parto y el embarazo han caído bajo el control de la práctica médica hegemónica a través de la medicalización.³²⁰ Dentro de las consecuencias destaca que el médico no hable de la mujer como un ser humano sino como una enferma. Además de ser incorporada la mujer dentro de un negocio lucrativo, la intervención médica sobre ella ejerce un control sobre su cuerpo, creándole inseguridad y dependencia del médico para atender asuntos propios de su cuerpo.³²¹

Anna Arroba afirma que el cuerpo de las mujeres ha sido esencial tanto para mantener la soberanía patriarcal como la economía. Hace mucho tiempo que a ellas se les ha definido como enfermas con el propósito de imponerles controles sociales, uno de ellos es la reproducción. Estima que las mujeres consumen entre el 60 al 70% de los fármacos a nivel mundial. La diferencia se explica porque básicamente la anticoncepción recae en ellas, lo cual las hace más vulnerables a la industria farmacéutica. Ejemplo de ello fueron los fracasos terapéuticos con: el empleo de dietilestilbestrol en embarazadas, el cual se asoció al aumento de cáncer genital en hijas de las mujeres usuarias; la trágica historia del dispositivo intrauterino Dalkon Shield asociado con el desarrollo de enfermedad pélvica inflamatoria en usuarias; así como el uso de Depo-Provera, una variante sintética de la progesterona utilizada como anticonceptivo, pero que se asoció con el desarrollo de cáncer en animales de experimentación. Estos ejemplos dan cuenta de la mayor vulnerabilidad de la mujer en los procesos de medicalización.³²²

La socióloga francesa Francine Muel-Dreyfus estudió los debates de finales del siglo XIX y principios del XX en Francia respecto a la escuela obligatoria. Se trató del proceso de institucionalización de un aparato de control dirigido al perfeccionamiento de la infancia, especialmente a la de niños anormales. La emergencia de este tipo de instituciones para el adoctrinamiento ideológico respondió a intereses moralizantes. La asistencia a la infancia dio lugar a intensos debates sobre la competencia del Estado, la Iglesia o la familia en el adiestramiento infantil. Hubo un interés especial hacia los infantes pobres por

³²⁰ Montse Juan, Crear el nacimiento: La medicalización de los conflictos en la reproducción, *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (53), 1991, pp. 30-31.

³²¹ *Ibid.*, p. 38.

³²² Anna Arroba, *La Medicalización de los Cuerpos de las Mujeres... op. cit.*, pp. 4-7.

considerarlos potencialmente peligrosos a futuro. El resultado de esos debates fue la institucionalización obligatoria de la instrucción. Sin embargo, la escuela para todos no fue la escuela de todos. Los maestros y los médicos fueron los responsables de configurar la categoría de clases especiales, ello a efecto de orientar la instrucción hacia cuestiones prácticas.³²³ La invención de la infancia anormal y su perfeccionamiento es otro ejemplo de la medicalización de la vida.

El análisis de la antropóloga argentina María Epele respecto a la medicalización del consumo de drogas, es otro ejemplo del modelo paradigmático en el cual la medicina institucionalizada opera como el pivote de una estrategia para el control social de la “desviación”. La medicalización hace posible la vigilancia y el disciplinamiento de los adictos que, por otra parte, suelen ser transgresores de la normatividad social. En torno al fenómeno creciente de adicción a drogas, se configura una estructura de control con un carácter de dispositivo policial-judicial-sanitario en la que se mezclan las categorías de “enfermedad” y “delito”. La autora subraya la creciente contribución de la industria farmacéutica en la producción de “drogas”, algunas diseñadas para combatir la adicción provocada por otras.³²⁴

Al estudiar la medicalización de los hábitos alimentarios, la antropóloga social Mabel Gracia-Arnaiz sostiene que la política alimentaria para civilizar el apetito tiene por objetivo homogeneizar la vida cotidiana. La política pública sobre los hábitos alimentarios se ha apoyado en el discurso de la salud y la enfermedad, privilegiando la ingesta de comida sana, la regulación del peso y la prevención de enfermedades. Tales medidas enfatizan en aspectos fisiológicos y desestiman los sociales. Además de aspectos sanitarios y económicos sobre la salud, en la medicalización de la obesidad, palpitan criterios culturales como el menosprecio a la glotonería y el valor de la delgadez corporal. Sin embargo, señala que la obesidad es un signo de transgresión normativa y los hábitos alimentarios no

³²³ Francine Muel, La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal, en Castel, Robert y cols., *Espacios de poder* [Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría], Madrid, La Piqueta, 1981, pp. 123-142.

³²⁴ María Epele, “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos”, en Cannellotto, Adrián y Erwin Luchtenberg, (Coord), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, San Martín, Argentina, UNSAM EDITA, Universidad Nacional de General San Martín, 2010, pp. 79-95.

están determinados de modo exclusivo por aspectos sanitarios, sino también por el hecho de dejar de tener un cuerpo socialmente aceptable. Encabezadas por el médico, las acciones se han dirigido al individuo, a quien se hace responsable de su apetito desenfrenado, pero se ha omitido el abordaje de factores estructurales con fuerte carga social como la desigualdad económica y educativa.³²⁵

Por su parte, el filólogo hispano José Antonio Díaz Rojo ha estudiado la medicalización de aspectos relacionados con la belleza. Afirma que, si bien el cuerpo ha ocupado un papel central en cualquier época, a finales del siglo XX se exaltó la cultura del cuerpo, lo cual es reflejo del individualismo, el hedonismo, el narcisismo, el esteticismo y el consumismo contemporáneo. Mediante la fusión de dos ámbitos cognitivos y culturales diferentes: medicina y estética, la publicidad cosmética eleva los cosméticos a la categoría de productos pseudosanitarios, pese a que no lo sean.

El ennoblecimiento comercial de los cosméticos es un fenómeno de medicalización de una cultura del cuerpo cimentada en la cosmética y la cirugía estética, promovidos por la preocupación por la imagen más que por la salud. Sin embargo, el culto al cuerpo ha tenido consecuencias nocivas para la salud, como la bulimia, la anorexia, la vigorexia y la ortorexia. El lenguaje publicitario exalta las bondades de los cosméticos empleando términos del lenguaje médico y sanitario, es decir, hay una medicalización lingüística de la cosmética.³²⁶ El filósofo Fernando Medina Cano agrega que el nuevo concepto de belleza se asocia con la eterna juventud y la salud. Sin embargo, es el miedo a envejecer donde subyace la obsesión por controlar y vigilar el cuerpo.³²⁷

Un ejemplo más de los espacios conquistados por la medicalización es el envejecimiento. El psiquiatra y psicoanalista argentino Leopoldo Salvarezza afirma que, con el impulso observado en la psicología a partir de los años sesenta de siglo XX, la industria farmacéutica se dio a la tarea de crear una conciencia de

³²⁵ Mabel Gracia Arnais, Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, *Salud Pública Mex*, 2007;49, pp. 236-242.

³²⁶ José Antonio Díaz Rojo, La belleza es salud. La medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos, *Contextos*, XIX-XX/37-40, 2001-2002, pp. 109-116.

³²⁷ Federico Medina Cano, El cuerpo en la posmodernidad: la salud, el ejercicio físico y el cuerpo perfecto, *Signo y pensamiento*, No. 28 (XV), Universidad Javeriana: Facultad de Comunicación y lenguaje, 1996, p.106.

enfermedad en toda la sociedad. Una de las vertientes en donde se centró la estrategia fue el envejecimiento, en especial sobre el vejeísmo, un prejuicio de los jóvenes sobre las personas viejas.³²⁸ Sin embargo, el fenómeno no se limita a los viejos sino que se extiende a la población general. Los jóvenes temen envejecer y los viejos envidian su juventud, es decir, la población está enamorada de su propia juventud. El referente estético contemporáneo es el de la juventud eternizada, esa condición humana asociada con plenitud, simpatía y dinamismo, a la cual aspira una fracción de adultos mayores que encuentran en el médico, las industrias cosmética y farmacéutica, estimables aliados para prolongar *ad infinitum* su adolescencia.

2.7 Los efectos adversos de la intervención médica

Iván Illich afirmó que la medicina institucionalizada derivó en una grave amenaza para la salud, entre otras cosas, porque produce daños clínicos que superan los eventuales efectos benéficos; con extrema virulencia este autor declaró:

“Solamente el perjuicio orgánico provocado por la producción industrial de alimentos puede rivalizar con el deterioro de la salud que causan los doctores”.³²⁹

El efecto negativo de lo que Illich llama la civilización médica se ha dejado sentir por igual en países ricos y pobres, aún cuando estos últimos han permanecido menos expuestos a la acción de sus siniestros propósitos. La idea de extender la cobertura de la medicina institucionalizada a toda la población amaga con menoscabar las condiciones culturales para que las poblaciones tengan una vida autónoma saludable. La tesis de Illich ha contribuido a desmitificar la construcción social moderna que se ha configurado en torno a la medicina institucionalizada. A continuación, se analizan de manera sucinta dos fenómenos

³²⁸ Leopoldo Salvarezza, “Capítulo 2: La psicogerontología y los viejos frente al siglo XXI”, en Salvarezza, Leopoldo (Comp), *Envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo*, Buenos Aires, Eudebe, 2001, pp. 19-31.

³²⁹ Iván Illich, “IX. La expropiación de la salud”, en Illich, Iván, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 163.

sobre los que se ha asentado la cultura médica de nuestros tiempos, me refiero a los medicamentos y a la hospitalización.

En la época moderna, los medicamentos han sido concebidos como la materialización de Panacea, deidad griega que simboliza la curación universal, gracias a las plantas.³³⁰ Pero, en un sentido más específico, el concepto de *phármakon* se suele asociar con medicamento. El concepto de *phármakon* que incluía algunos alimentos, purgantes, algunas plantas, pociones, polvos, pomadas, enemas, etc., en la época moderna se sintetizó en el(los) medicamento(s). En buena medida, la intervención del médico sobre el cuerpo de una persona, con fines terapéuticos, se ha centrado en la prescripción de medicamentos, aunque la prescripción no se limite a estos, sino que se extiende al tipo de dieta, tipo de actividad física, rehabilitación, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, entre los más comunes.

Por otra parte, en la formación de los médicos en ciernes, una de las máximas que regularmente se suelen analizar es la expresión latina: *primum non nocere* (lo primero es no dañar), atribuida a Hipócrates. No obstante la carga ética y la importancia que dicho principio tuvo, al parecer en otras épocas, es una de las transgresiones más comunes en la práctica médica contemporánea. Cuando se prescribe algún medicamento a un paciente, el propósito es obtener beneficios sobre su salud, expectativa que es compartida tanto por el terapeuta como por el enfermo. Sin embargo, dicha expectativa parece ser aún mayor en el propio paciente. A menudo, los efectos adversos derivados del consumo de medicamentos son tolerados por el usuario. No obstante, los medicamentos no son inocuos y pueden actuar en perjuicio de la salud.

Debido a la existencia de reacciones adversas a medicamentos que se presentan con diverso grado de severidad, que va de la molestia leve y tolerable hasta la muerte de una persona, se han establecido sistemas de farmacovigilancia. Esta última es una acción en salud pública cuyos objetivos son identificar, cuantificar, evaluar y prevenir los riesgos asociados con el uso de los

³³⁰ Pierre Grimal, "Panacea", en Grimal, Pierre, *Diccionario de mitología griega y romana*, Barcelona, Paidós, 1981, p. 403.

medicamentos. De acuerdo con la OMS, la reacción adversa a medicamentos (RAM):

Es cualquier efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis normales utilizadas en la especie humana, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para la modificación de alguna función fisiológica.³³¹

El médico francés Bernard Bégaud, especialista en farmacología epidemiológica, ha sido una de las voces críticas que han evaluado los riesgos que entraña el empleo de medicamentos. Este autor sostiene que “los efectos secundarios de los medicamentos causan más muertes al año que las producidas por accidentes de tráfico y suicidios juntos”;³³² afirma que sólo en Francia se estima que 18,000 personas mueren al año por efectos indeseados de medicamentos que se consumieron de manera innecesaria.³³³ Los reportes sobre la RAM varían según cada país, sin embargo, por tratarse de un estudio de tres décadas de amplitud (1974-2004), mencionó que en España se encontró una frecuencia de 3% de RAM, una mortalidad del 0.6% y un 17% de casos graves.³³⁴ Ambos reportes muestran la alta incidencia de la RAM así como el riesgo de desarrollar complicaciones graves. Para la atención de casos de RAM, se emplean medicamentos, algo similar a lo que Nietzsche señalaba al referirse a la necesidad inglesa por el cristianismo:

³³¹ OMS, Comité de expertos: International drug monitoring: The role of national centres, *Tech Rec Ser* N° 498, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1972.

³³² Bernard Bégaud, Los efectos secundarios de las medicinas que causan más muertes que los accidentes, *El confidencial*, 29 de mayo del 2013, Consultado de la red mundial el 16 de abril del 2019, https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-05-29/los-efectos-secundarios-de-las-medicinas-causan-mas-muertes-que-los-accidentes_502573/.

³³³ Bernard Bégaud, “Morir per un medicament que no és necessari és un escàndol”, *El diari de la sanitat*, 24 de junio del 2017.

³³⁴ Emilio Puche Cañas y Juan de Dios Luna, Reacciones adversas a medicamentos: una revisión actualizada del problema en España, *Revista Clínica Española*, Vol. 206, July 2006, pp. 336-339.

“...se usa un veneno más fino contra otro más grosero: un envenenamiento más fino representa ya de hecho, entre pueblos torpes, un progreso, un paso hacia la espiritualización”.³³⁵

Paradójicamente, la atención de casos de RAM se hace envenenando al paciente, pero de manera más sutil, esto es, otra forma de concebir el progreso.

Por su parte, la hospitalización tampoco ha resultado una medida inocua, pues se le puede visualizar como una moderna privación legal de la libertad. El hospital que etimológicamente significa sitio de hospedaje, a menudo suele ser un recinto de alienación y hostilidad.³³⁶ Los efectos de la hospitalización han sido especialmente estudiados en niños. El hospitalismo es un concepto acuñado por el psicoanalista estadounidense Rene Spitz para designar un conjunto de trastornos que sufren niños entre 6 y 18 meses de edad, cuando éstos son separados de sus madres para ser internados. De no ser atendido con oportunidad, las consecuencias pueden llegar a ser fatales.³³⁷ Este fenómeno se ha explicado por la privación afectiva prolongada, la cual puede dar lugar a retardos psicoafectivos.

De igual manera, el hospitalismo ha sido estudiado en pacientes internados en hospitales psiquiátricos. Este tipo de hospitales ha asumido tareas de custodia, mantenimiento y disciplinamiento coercitivo-alienante de enfermos mentales, algunos de ellos para el resto de su vida. La condición de esos enfermos es de aislamiento y dependencia total del personal con los cuales tienen una relación limitada. El sociólogo canadiense Erving Goffman describió la depresión, degradación, humillación y profanaciones del yo que sufren esas personas, a las que sistemáticamente se les viola su privacidad.³³⁸

³³⁵ Friedrich Nietzsche, *Más allá del bien y del mal. Preludio de la filosofía del futuro* [Introducción, traducción y notas de Andrés Sánchez Pascual], Madrid, Alianza, 2006, p. 221.

³³⁶ Ivonne Bordelois, *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2009. p. 14.

³³⁷ Peter Ryan y cols., Alternativas para el hospitalismo, *Salud Mental*, Vol. 5, No. 3, Otoño 1982, pp. 8-15.

³³⁸ Erving Goffman, “El mundo del interno”, en *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* [Traducción de María Antonia Oyuela de Grant], Buenos Aires, Amorrortu, 2001, pp. 26-35.

Diversos autores han estudiado el impacto adverso que tiene el hospital psiquiátrico en la salud de los pacientes. El aislamiento social inherente a la hospitalización deriva en baja autoestima, bajo nivel de motivación y en la apatía de los enfermos. En suma, el hospital psiquiátrico ha sido considerado como promotor de la “neurosis institucional”. Paradójicamente, el hospital moderno para enfermos mentales neurotiza a los internos. La condición de paciente psiquiátrico, en alguna medida, puede ser similar a la que vive cualquier persona que requiera ser internada a efecto de mejorar su condición de salud. Aunque hay diferencias de fondo entre un hospital psiquiátrico y un hospital convencional, esencialmente operan bajo los mismos principios. Por su condición de enfermo, el paciente pierde su autosuficiencia en términos sanitarios, siendo relevado por la institución médica en pro de recuperar su salud. Sin embargo, hay que extender los trastornos derivados del internamiento al ámbito de la familia del enfermo, la cual se suele ver afectada en su funcionalidad.

Un fenómeno que suele acompañar a la hospitalización es la adquisición de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), regularmente conocidas como infecciones nosocomiales o intrahospitalarias (IIH). De acuerdo con la OMS, las IIH “son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso”.³³⁹ Dichas infecciones constituyen el efecto adverso más frecuente en la atención sanitaria y no se limitan al paciente sino que se hacen extensivas a los familiares del enfermo hospitalizado y al personal de salud. La frecuencia con que se presentan tales infecciones varía según el país y tipo de hospital, no obstante, en México se estima que un promedio de 10 a 15% del total de ingresos al hospital adquiere una infección. El impacto es más escandaloso aún si se toma en cuenta que la mortalidad estimada es del 5%.³⁴⁰

³³⁹ OMS, *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria*, consultada de la red mundial el 18 de mayo del 2019. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.

³⁴⁰ Samuel Ponce de León Rosales y cols. Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México, *Salud Pública de México*, Vol. 41, suplemento 1 (1999), pp. S5-6.

Conclusiones

La investigación sobre las distintas interpretaciones del cuerpo a lo largo de la historia, permiten afirmar que tales representaciones no muestran a este como la expresión de la presencia humana, sino como su residuo sometido, en las distintas épocas, por múltiples entidades, entre ellas las diversas expresiones de la divinidad, el alma, la ciencia, el poder político o el propio sujeto. Una noción que escapó al esquema de la supremacía de diferentes entes sobre el cuerpo fue la concepción del cuerpo con atributos análogos a los de la *physis*. Esta interpretación hipocrática supuso que el cuerpo es una totalidad que posee la capacidad de producir orden y armonía. Esta idea del cuerpo tendió a ser debilitada para resurgir nuevamente a partir del Renacimiento. En suma, podemos visualizar dos concepciones sobre el cuerpo, una en la que este es impensable sin el gobierno de un ente externo y la otra dependiente de un orden interno. Ambas interpretaciones perviven hasta la época contemporánea.

Al igual que el cuerpo, la concepción de la salud-enfermedad se ha debatido entre diferentes visiones, las cuales se pueden agrupar en dos enfoques. En el primero, la salud-enfermedad es atribuida a la influencia de una acción externa sobre el cuerpo, ya sea sobrenatural o natural, es decir, la enfermedad penetra desde el exterior al interior del cuerpo. El segundo enfoque supone que la salud-enfermedad no existe fuera del cuerpo sino que es resultado del desequilibrio interno. A partir de la Modernidad, ambas posturas coexisten. El pensamiento moderno ha concebido la salud y la enfermedad como la oposición de entidades que compiten por conquistar a un huésped vivo. Sin embargo, ambas conforman una misma entidad en incesante interacción dialéctica.

Siguiendo el modelo positivista, la medicina procuró alcanzar el nivel de ciencia. Una vez que definió como su objeto de estudio al proceso salud-enfermedad y al ser humano como su unidad de análisis, se esmeró en cuantificar el impacto de sus intervenciones. Para tal fin, la alta jerarquía en salud (OMS) construyó una definición de salud y un conjunto de indicadores para intentar medirla. Pese a que dicha definición normativa aspira al bienestar biopsicosocial, su evaluación se reduce a la medición del componente biológico. Por lo tanto, es

una entelequia imposible de medir y evaluar. Además, pretende homogeneizar y normalizar una condición que depende de la valoración interna y subjetiva de cada persona. Esta definición normativa de salud no incluye las motivaciones, los impulsos, la fuerza, los fines y los ideales, que en cada persona son diferentes. El estado que guarda la salud-enfermedad de una persona es una percepción absolutamente personal. Es por ello que los esfuerzos de la OMS por definirla y evaluarla han sido vanos e infructuosos.

El estado que guarda la salud-enfermedad es una justipreciación personal. No obstante, una región, provincia, o país pueden estimar, de manera indirecta, el estado que guarda dicho proceso entre su población. Esto es posible si piensa la salud a la manera que lo hicieron los griegos clásicos, es decir, si la salud forma parte de un Estado orientado, por encima de todo, a la vida buena, virtuosa, justa, feliz y sana. Aunque en los griegos hubo referencia a la vida buena en términos individuales, el ideal se posiciona en la vida colectiva con esos nobles adjetivos. Una medicina como la contemporánea que visualiza el proceso salud-enfermedad al margen del contexto en el cual tiene lugar, está destinada a fracasar. En cambio, si se concibe la salud como parte de una totalidad, dejaremos de valorarla como una condición autónoma que mira con desdén el entorno en el cual se manifiesta. De perpetuarse la concepción normativa, podrán continuar siendo glorificados los indulgentes logros que expresan los indicadores de “salud”.

La concepción cartesiana del cuerpo como máquina contribuyó a la fragmentación del estudio del cuerpo y a la visión de la salud-enfermedad como un asunto individual y biológico. Se menospreció el enfoque del cuerpo como una totalidad en armonía con su entorno, en el cual la salud-enfermedad no es un proceso independiente sino en interdependencia con las condiciones sociales de las que, a su vez, es una manifestación. La medicina moderna minusvaluó el hecho de que el proceso salud-enfermedad tiene un carácter histórico y social. Esta subestimación enmascara la influencia de las condiciones que imperan en la sociedad industrial. Dicho carácter es fundamental para explicar la distribución desigual del proceso salud-enfermedad, pues cada grupo social tiene su propio patrón para enfermar y morir.

En los cultos a Higia y Asclepio se pueden visualizar dos enfoques básicos sobre el proceso salud-enfermedad y sobre la práctica médica. En el culto a Higia la salud deriva de vivir con sabiduría. Por el contrario, en el culto a Asclepio la salud se recupera con la intervención médica. Este último enfoque es el que ha predominado en Occidente, de manera que la acción del médico gradualmente adquirió mayor protagonismo, a tal grado que en la época contemporánea es impensable alcanzar la salud al margen de su tutela.

Por lo tanto, las sociedades modernas privilegiaron la recuperación de la salud por encima de su mantenimiento y conservación. Visto así, la medicina moderna no es sino un modelo secularizado del antiguo culto a Asclepio, con las consecuencias que ello acarreó. Una de esas consecuencias fue el enorme esfuerzo por conocer la enfermedad y el escaso empeño para estudiar la salud. Otra secuela fue el establecimiento de condiciones propicias para la medicalización no sólo la salud, sino de la vida humana. Por lo tanto, en la sociedad contemporánea la recuperación de la salud depende de acceder a la medicina institucionalizada, esto es, la salud es como un bien al que una franja de la población puede adquirir en ámbitos como la farmacia, el consultorio, clínicas y hospitales.

La indagación efectuada permite afirmar que los diversos conceptos que a lo largo de la historia se han formulado sobre el cuerpo, el proceso salud-enfermedad y la práctica médica, han mantenido una estrecha correspondencia entre ellos, puesto que el proceso salud-enfermedad se concretiza en el ser humano y la práctica médica tiene por objeto de estudio su corporalidad. Por ende, conforman un cortejo que ha recorrido la historia de manera conjunta. El cambio en la concepción del cuerpo afecta a los otros conceptos. En consecuencia, la posible solución a los problemas que enfrenta el proceso salud-enfermedad y la práctica médica deben incluir la reformulación del concepto de cuerpo.

El ejercicio de la práctica médica contemporánea ha reducido el proceso salud-enfermedad a un asunto fundamentalmente de tipo biológico e individual. Por lo tanto, la carga social y psicológica de la enfermedad han sido vistas de soslayo. De esta manera, la enfermedad se interpreta como resultado del azar que

juega en contra de la biología de un individuo. La ideología dominante ha liberado de responsabilidad al modelo de producción, el cual establece las condiciones para hacer menos posible la conservación de la salud, al tiempo que oculta el uso de la medicina como un instrumento de control social.

Con el ánimo empeñado en escudriñarlo, la medicina moderna asumió el monopolio del cuerpo humano. Sin embargo, la medicina no ha actuado con ingenuidad. Los intereses de la medicina, ancestralmente encaminados al auxilio solidario del ser humano caído en desgracia a causa de la enfermedad, fueron redireccionados por el poder. La medicina ha sido usada como un vigoroso instrumento eficaz y humanitario, para ocultar el propósito fundamental e implícito del poder: establecer su dominio sobre individuos y poblaciones.

La medicina moderna inscribió sus propósitos en la idea de progreso. El interés por prolongar indefinidamente la existencia humana, aunado al anhelo de que el existir humano transcurra incólume ante la permanente acometida de las enfermedades y el acecho de la muerte, forman parte de dicha idea. En medicina, la idea de progreso se erigió como una fórmula eficaz para atemperar el sufrimiento humano, es decir, una especie de opioide prescrito a las poblaciones para hacer más soportable el frenesí de la vida moderna. Sin embargo, a partir del siglo xx se han producido cuestionamientos a la medicina sobre las implicaciones éticas de la aplicación del conocimiento científico en la vida cotidiana.

La idea de progreso se empezó a incubar desde la antigüedad clásica en la aspiración griega a la vida buena. Sin embargo, seducida por la ciencia moderna como el emblema del progreso, la práctica médica procuró su soporte científico. Por lo tanto, el tratamiento de la enfermedad inicialmente basado en la dieta, la cirugía y la farmacoterapia no sólo se diversificó, sino que buscó probar su efectividad a la manera que hace la ciencia. La incorporación de nuevos fármacos a la terapéutica tuvo un crecimiento notable. La noción de *phármakon* que desde la antigüedad se materializó en productos terapéuticos naturales, en la época contemporánea formó parte central de los procesos de medicalización. Sin embargo, en la antigua concepción del *phármakon*, los griegos anticiparon lo que la modernidad luego redescubrió: el *phármakon* es un medicamento y un veneno.

El imperio construido por la industria farmacéutica le permite definir las líneas de investigación a seguir por los investigadores. Hay la sospecha de que, al participar en el financiamiento de proyectos de investigación afines a sus intereses, realzan los efectos benéficos de un fármaco y minimizan sus efectos indeseables. Además, ejercen presión sobre los organismos responsables de autorizar el uso clínico y la comercialización de nuevos fármacos, sin que se conozcan plenamente sus efectos a largo plazo. La sociedad ha hecho de la farmacoterapia una adicción creciente. Los medicamentos que dicen curar la enfermedad han terminado por enfermar a la sociedad. El sueño del medicamento como solución de las enfermedades devino en una pesadilla para la salud.

El propósito de encaramar a las sociedades en el tren del progreso, incluyó a la salud como una parte fundamental de su teleología. Asociar la salud con el progreso posicionó al bienestar como una aspiración a conseguir en el futuro. Trasladar al futuro el logro de un estado pleno de bienestar ha sido una tarea de un poder que ha creado la ilusión de que la sociedad marcha de manera gradual e inexorable hacia la consumación de sus propósitos, es decir, arribar a un estado pleno de bienestar es sólo cuestión de aguardar.

No se puede hablar de progreso en salud en una atmósfera en la que predomina el lucro sobre la salud, la injusticia, la desigualdad, la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental y la inhibición de la libertad. No hay progreso en salud donde el poder administra la vida humana, donde se privilegia la enfermedad sobre la salud, lo individual sobre lo colectivo y lo biológico sobre lo integral (bio-psico-social). Los estándares que se han formulado para evaluar el progreso en salud son evaluaciones autocomplacientes que poco tienen que ver con las acciones de la medicina institucionalizada, pues como lo demostró McKeown, el nivel de bienestar social, que incluye a la salud, está determinado por la modificación favorable de las condiciones de vida.

Illich y Foucault pusieron en alerta a una sociedad que había glorificado la práctica médica y consagrado sus eventuales logros, expusieron los daños que ésta produce y que solían ser minimizados o negados, y contribuyeron a la desacralización de una medicina capturada por el poder con el propósito de

enmascarar las contradicciones de la sociedad industrial. Ambos cuestionaron el creciente imperialismo médico, cuyo poder trascendió hacia ámbitos de carácter moral y político. Asimismo, polemizaron sobre la relación entre médico y paciente, una relación de saber y poder, en extremo asimétrica, en la cual el paciente fue reducido a un receptor pasivo de la docta prescripción. Además, la medicina moderna hizo incapaces a los seres humanos para enfrentar con dignidad el dolor, el sufrimiento y la muerte, propios de la condición humana.

Una vez desgastado el poder soberano del Antiguo Régimen, las brutales formas de poder fueron suplidas por formas más sutiles de violencia, pero no por ello menos efectivas para el control social. En política sanitaria, a través de la OMS el biopoder asumió el gobierno de la vida teniendo a la medicina como un baluarte fundamental. El poder halló en la medicina un dispositivo eficaz para asumir el control biológico de las poblaciones. La medicina devino en una estrategia biopolítica para gobernar la vida humana. Una de las fórmulas para operar dicha estrategia fue la medicalización de la vida. Para materializar la medicalización se propuso lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Se parte del supuesto de que el progreso en salud sólo es posible si la sociedad se medicaliza a través de la extensión universal del modelo sanitario hegemónico.

Medicalizar o mercantilizar parecieran ser conceptos que se pueden diferenciar con cierta facilidad, pero bajo la lógica del mercado ambos conceptos están imbricados o superpuestos cada vez más. Somos testigos de la creciente mercantilización de las prácticas médicas y, con ello, del desmantelamiento de sus principios primigenios. El médico ha jugado un doble papel en este asunto, esto es, ha sido víctima de los intereses ominosos del poder. Sin embargo, de manera inconsciente o no, también ha jugado un papel de victimario frente a una sociedad que espera de él un apego irrestricto a los principios éticos con los que emergió su disciplina. El médico no puede permanecer subordinado ante este fenómeno irracional. Cabe aclarar que ésta no es una crítica directa hacia el gremio médico, sino a la política sanitaria sobre la que se sustenta la medicina institucionalizada. No obstante, es preciso impulsar la discusión al interior de dicho gremio, pues, con sus excepciones, se ha mantenido distante del tema.

El problema que enfrenta el proceso salud-enfermedad en general es complejo, al igual que lo son los crecientes procesos de medicalización de la vida. Las soluciones deben provenir desde diferentes ámbitos de la vida pública. Sin embargo, dentro de sus posibles soluciones no se deben dejar su considerar: una nueva conceptualización sobre el cuerpo; la articulación del proceso salud-enfermedad con la vida como una totalidad, que tome en cuenta la percepción personal del estado interno, la relación con el otro, la relación con el mundo y la salud como parte de una colectividad esmerada en el bienestar y en el desarrollo humano, de los que la salud forma parte y de los cuales también es una expresión.

Bibliografía

- Abarca A, Octavio y cols, Placebo y Psicología Clínica: Aspectos Conceptuales, Teóricos e Implicancias, *Terapia psicológica* 2005, Vol. 23, N° 1.
- Ackrill, John Lloyd, *La filosofía de Aristóteles* [Traducción de Francisco Bravo], Caracas, Monte Ávila editores, 1984.
- Adorno, Theodor Ludwig, *Consignas* [Traducción de Ramón Bilbao], Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- Aguilar, María Teresa, Descartes y el cuerpo-máquina, *Pensamiento*, vol. 66 (2010), núm. 249.
- Alcubierre Moya, Beatriz, *Niños de nadie: usos de la infancia menesterosa en el contexto borbónico*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Bonilla Artigas Editores, 2017.
- Althusser, Louis, "Ideología y aparatos ideológicos del estado", en *La filosofía como arma de la revolución* [Traducción de Óscar del Barco, Enrique Román y Óscar L. Molina], México, Siglo XXI, 1974.
- Aristóteles, *Acerca del alma* [Introducción, traducción y notas de Tomás Calvo Martínez], Madrid, Gredos, 2003.
- Aristóteles, *Ética a Nicomaco. Ética Eudemia* [Introducción por Emilio Lledó Íñigo, Traducción y notas por Julio Palli Bonet], Madrid, Gredos, 1985.
- Arroba, Anna, La Medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización, *Revista Mujer Salud, Red Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe – RSMLAC*, 1/2003, Chile.
- Banco Mundial, *Tasa de natalidad y esperanza de vida al nacer 1960-2014*, Consultado el 23 de febrero del 2017, <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?view=chart>.
- Bégaud, Bernard, Los efectos secundarios de las medicinas que causan más muertes que los accidentes, *El confidencial*, 29 de mayo del 2013, Consultado de la red mundial el 16 de abril del 2019, https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-05-29/los-efectos-secundarios-de-las-medicinas-causan-mas-muertes-que-los-accidentes_502573/.
- Bégaud, Bernard, "Morir per un medicament que no és necessari és un escàndol", *El diari de la sanitat*, 24 de junio del 2017.
- Benente, Mauro, Biopolítica y tanatopolítica en Michel Foucault y Roberto Esposito, *Reflexión Política*, vol. 19, núm. 37, enero-junio, 2017.
- Benjamin, Walter, *Tesis sobre la historia y otros fragmentos* [Introducción y traducción de Bolívar Echeverría], México, Itaca, 2008.
- Beuchot, Mauricio, Cuerpo y alma en el hilemorfismo de Santo Tomás, *Revista Española de Filosofía Medieval*, 1993.
- Beuchot, Mauricio, "Reflexiones en torno a las relaciones alma-cuerpo en Santo Tomás de Aquino", en Benítez, Laura y Robles, José A [Comp.], *El problema de la relación mente-cuerpo*, México, IIF- UNAM, 1993.
- Blechl, Jörg, *Inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona, Destino-Planeta, 2003.

- Bonita, Ruth, Robert Beaglehole y Kjellström, Tord, *Epidemiología básica*, Organización Panamericana de la Salud, 2008.
- Bordelois, Ivonne, *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*, Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2009.
- Briceño-León, Roberto, “Bienestar, salud pública y cambio social”, en Briceño-León, Roberto, Minayo, María Cecilia de Souza, Coimbra jr, Carlos E. A (Coord.), *Salud y equidad. Una mirada desde las ciencias sociales*, Río de Janeiro, Fiocruz, 2000.
- Bury, John Bagnell, *La idea de progreso*, Madrid, Alianza, 1971.
- Bury, John Bagnell, La idea de progreso [Traducido de *Literature of Liberty*, vol. II, Nº 1, enero/marzo 1979], *Revista Libertas: 5 (Octubre 1986)* Instituto Universitario ESEADE, www.esade.edu.ar, p. 1 (la numeración de páginas es mía).
- Calva Mercado, Juan José y cols., “Cómo leer revistas médicas”, *Revista de Investigación Clínica*, México, 1988.
- Camps, Victoria, *Los valores de la educación*, Madrid, Anaya, 1998.
- Canguilhem, Georges, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.
- Carpintero, Enrique [Compilador], “Entrevista al Premio Nobel de medicina Richard J. Roberts”, en *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*, Buenos Aires, Topia, 2011.
- Castillo Salgado, Carlos, Mujica, Óscar J, Loyola, Enrique y Canela, Jaume (Editores), “Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población”, en *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)*, Organización Panamericana de la Salud, 2011.
- Castro Orellana, Rodrigo, Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud, *Ciencia política* Nº 7 Enero-junio 2009.
- Chodoff, Paul, “The Medicalization of the Human Condition”, *Psychiatric Services*, May 2002, Vol. 53, No. 5.
- Clements, Forrest, E, “Primitive concepts of disease”, *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology*, Berkeley, California, University of California Press, Volume 32, Nº. 2.
- Collingwood, Robin George, *Idea de la historia* [Traducción de Edmundo O’Gorman y Jorge Hernández Campos], México, Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Condorcet, Nicolas de, “Décima época. De los futuros progresos del espíritu humano”, en *Bosquejo de un cuadro histórico de los progresos del espíritu humano* [Traducción de Marcial Suárez] Madrid, Editora Nacional, 1980.
- Conrad, Peter, “Los motores cambiantes de la medicalización”, en Murguía, Adriana y Ordorika, Teresa, *La medicina en expansión. Acercamientos a la medicalización en México*, México, UNAM, 2016.
- Conrad, Peter, “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en Ingleby, David [Ed.], *Psiquiatría clínica. La política de la salud mental*, Barcelona, Crítica, 1982.
- Conrad, Peter, *The medicalization of society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

- Contreras Peláez, Francisco, “El concepto de progreso: De San Agustín a Herder”, *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 37 (2003).
- De la Fuente, Juan Ramón, Morir con dignidad, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 62, N° 1, Enero-Febrero, 2019.
- De la Mirandola, Giovanni Pico, *De la dignidad del hombre* [Edición preparada por Luis Martínez Gómez], Madrid, Editora Nacional, 1984.
- Debesa García, Francisco, Medicamentos o mercancía, *Rev Cubana Farm.* 2014;48(4), Consultado el 23 de febrero del 2019, http://bvs.sld.cu/revistas/far/vol48_4_14/far01414.htm.
- Deleule, Didier y François Guéry, *El cuerpo productivo. Teoría del cuerpo en el modo de producción capitalista* [Traducción de Marco Galmarini], Buenos Aires, Tiempo contemporáneo, 1975.
- Descartes, Rene, “Tratado del hombre” [Traducción y notas de Ana Gómez Rabal], en *Descartes* [Estudio introductorio de Cirilo Flórez Miguel], Madrid, Gredos, 2011.
- Díaz Rojo, José Antonio, La belleza es salud. La medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos, *Contextos*, XIX-XX/37-40, 2001-2002.
- Dubos, René, *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico* [Traducción de José María Pérez Lías], México, Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Dubos, René, *Los sueños de la razón. Ciencia y utopías* [Traducción de Juan Almela], México, Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Epele, María, “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos”, en Cannellotto, Adrián y Erwin Luchtenberg, (Coord), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, San Martín, Argentina, UNSAM EDITA, Universidad Nacional de General San Martín, 2010.
- Erasmus de Rotterdam, *Enquiridión o Manual del Caballero Cristiano* [Traducción de Alonso Fernández de Madrid, estudio preliminar y notas de Andrea Herrán Santiago y Modesto Santo López], Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Valladolid, 1998.
- Foucault, Michel, *Defender la sociedad. Curso de el Collège de France: 1975-1976* [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- Foucault, Michel, “14. Nacimiento de la medicina social”, en *Estrategias de poder* [Introducción, traducción y edición de Julia Varela y Fernando Álvarez Uría], Barcelona, Paidós, 1999.
- Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, 2001.
- Foucault, Michel, *Historia de la medicalización*, Segunda conferencia dictada en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil, Educación médica y salud, Vol. 11, N° 1, 1977.
- Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber* [Traducción de Ulises Guñazú], México, Siglo XXI, 2007.
- Foucault, Michel, *La verdad y las formas jurídicas* [Traducción de Enrique Lynch], Barcelona, Gedisa, 1996.

- Foucault, Michel, *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas* [Traducción de Elsa Cecilia Frost], México, Siglo XXI, 1968.
- Foucault, Michel, *Los anormales. Curso de el Collège de France (1974-1975)*, [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Foucault, Michel, “Clase del 14 de febrero de 1979” en *Nacimiento de la biopolítica*, Curso en el Collège de France (1978-1979) [Traducción de Horacio Pons], Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión* [Traducción de Aurelio Garzón del Camino], Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.
- Frances, Allen, *Somos todos enfermos mentales. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría* [Traducción de Jorge Paredes], Barcelona, Ariel, 2014.
- Frenk, Julio y cols., “La transición epidemiológica en América latina”, *Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana* 111(6), 1991.
- Frenk, Julio, Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción, *Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014* y traducido al español, consultado el 24 de marzo del 2019, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61467-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7).
- Gadamer, Hans-Georg, *El estado oculto de la salud* [Traducción de Nélica Machain], Barcelona, Gedisa, 2001.
- García Gual, Carlos, e Ímaz, María Jesús, *La filosofía helenística. Éticas y sistemas*, Madrid, Síntesis, 2007.
- Gargantilla, Pedro, *Manual de Historia de la Medicina*, Málaga, Grupo editorial 33, 2009.
- Gérvás Juan y Pérez-Fernández, Mercedes, *La expropiación de la salud*, Barcelona, Los Libros del lince, 2015.
- Girona, Lourdes, Rovira, Joan y Homedes, Núria (eds.), *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*, Barcelona, Icaria, 2009.
- Goffman, Erving, “El mundo del interno”, en *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* [Traducción de María Antonia Oyuela de Grant], Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- Gracia Arnais, Mabel, Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario, *Salud Publica Mex*, 2007;49.
- Grimal, Pierre, “Panacea”, en Grimal, Pierre, *Diccionario de mitología griega y romana*, Barcelona, Paidós, 1981.
- Haygarth, John, Of the Imagination, as a Cause and Cure of Disorders of the Body; Exemplified by Fictitious Tractors, and Epidemical Convulsions. Read to the Literary and Philosophical Society of Bath, *Annals of medicine*, 1800.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich, *Enciclopedia de las ciencias filosóficas* [Traducción de Eduardo Ovejero y Maury], México, Juan Pablos, 2002.
- Hegel, G.W.F. *Lecciones sobre la filosofía de la historia universal* [Traducción de José Gaos], Madrid, Tecnos, 2005.
- Heidegger, Martin, “La época de la imagen del mundo”, en Heidegger, Martin, *Caminos de bosque* [Traducción de Helena Cortés y Arturo Leyte], Madrid, Alianza, 2010.

- Herder, Johann Gottfried von, *Ideas para una filosofía de la historia de la humanidad* [traducción de J. Rovira Armengol], Buenos Aires, Losada, 1959.
- Herrero, Miguel, *La tradición órfica en la literatura apologética cristiana*, Tesis doctoral, Madrid, Facultad de Filología de la Universidad Complutense de Madrid, 2005.
- Hipócrates, “Sobre la dieta”, en *Tratados hipocráticos Volumen III*, [Introducciones, traducciones y notas por Carlos García Gual, J. Ma. Lucas de Dios, B. Cabellos Álvarez e Ignacio Rodríguez Alfageme], Madrid, Gredos, 1986.
- Hipócrates, “Sobre la naturaleza del hombre”, en *Tratados hipocráticos Volumen VIII*, [Introducciones, traducciones y notas por Jesús de la Villa Polo, María Eugenia Rodríguez Blanco, Jorge Cano Cuenca, Ignacio Rodríguez Alfageme], Madrid, Gredos, 2003.
- Horkheimer, Max, *Crítica de la razón instrumental* [Presentación de Juan José Sánchez, Traducción de Jacobo Muñoz], Madrid, Trotta, 2002.
- Horkheimer, Max y Adorno, Theodor Ludwig Wiesengrund, *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos filosóficos* [Introducción y traducción de Juan José Sánchez], Madrid, Trotta, 1998.
- Illich, Iván, “La convivencialidad”, en Illich, Iván, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Illich, Iván, “IX. La expropiación de la salud”, en Illich, I, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Illich, Iván, “Némesis Médica”, en Illich, Iván, *Obras reunidas I* [Revisión de Valentina Borremans y Javier Sicilia], México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Illich, Iván, *Profesiones inhabilitantes*, Editorial no identificada. p. 2 (la numeración de las páginas es mía).
- Jaeger, Werner, “Capítulo IV. Las llamadas teogonías órficas”, en *La teología de los primeros filósofos griegos* [Traducción de José Gaos], México, Fondo de Cultura Económica, 1952.
- Jahan, Selim (Dir), *Informe sobre Desarrollo Humano 2016*, Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016.
- Jarillo-Soto, Edgar C., Casas-Patiño, Donovan y Contreras-Landgrave, Georgina, La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva, *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, vol. 4, núm. 11, 2016. UNAM).
- Juan, Montse, Crear el nacimiento: La medicalización de los conflictos en la reproducción, *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (53), 1991.
- Kant, Immanuel, *Crítica de la Razón Pura*, [Prólogo, traducción, notas e índices de Pedro Ribas], México, Taurus, 2006.
- Kant, Immanuel, “Idea de una historia universal desde el punto de vista cosmopolita”, en *Filosofía de la historia. Qué es la Ilustración* [Traducción de Emilio Estiú y Lorenzo Novacassa], Terramar, La Plata, 2004.

- Laín Entralgo, Pedro, “Capítulo III. La decisión histórica: Galeno y la helenización del pensamiento médico cristiano”, en Laín Entralgo, Pedro, *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Ediciones Toray, 1961.
- Laín Entralgo, Pedro, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1978, pp. 92-93.
- Laurell, Asa Cristina, La Salud-Enfermedad como proceso social, *Cuadernos Médico Sociales* N° 19, enero de 1982.
- Laurell, Asa Cristina, Medicina y capitalismo en México, *Cuadernos Políticos*, número 5, México D.F, Julio-septiembre de 1975, pp. 2-3 (la numeración de las páginas es mía).
- Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y modernidad* [Traducción de Paula Mahler], Buenos Aires, Nueva Visión, 2002.
- Le Goff, Jacques y Truong, Nicolas, *Una historia del cuerpo en la Edad Media* [Traducción de Josep M. Pinto], Barcelona, Paidós, 2005.
- Lemke, Thomas, *Introducción a la biopolítica* [Traducción de Lidia Tirado Zedillo], México, Fondo de Cultura Económica, 2017.
- Lifshitz, Alberto y cols., Comité de Ética y Transparencia en la Relación Médico-Industria (CETREMI); Recomendaciones para los médicos en su relación con la industria farmacéutica, *Gac Med Mex.* 2016;152:295-6.
- Lifshitz, Alberto, *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*, México, UNAM, 1977.
- Lifshitz, Alberto, Las alternativas farmacéuticas. Medicamentos innovadores, de patente, genéricos, similares y otros, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 54, N° 5. Septiembre-Octubre 2011, p. 46-49.
- López de Santa María, P, “Introducción”, en Schopenhauer, Arthur, *El mundo como voluntad y representación I*, [Traducción, introducción y notas de Pilar López de Santa María], Madrid, Trotta, 1982.
- Lorenz, Konrad, *Los ocho pecados mortales de la humanidad civilizada* [Traducción de José Aníbal Campos], Barcelona, RBA, 2011.
- Löwith, Karl, *Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia.* [Traducción de Norberto Espinosa], Buenos Aires, Katz, 2007.
- Löwith, Karl, “La fatalidad del progreso”, en *Eco. Revista de la cultura de occidente*, Bogotá, Enero 1964, N 45, Tomo VIII-3.
- Marchán Fiz, Simón, “Introducción”, en *La estética en la cultura moderna*, Madrid, Alianza, 2000.
- Martín, René (Dir), *Diccionario Espasa. Mitología griega y romana*, Madrid, Espasa Calpe, 2005.
- Marx, Karl, *El capital. Tomo I. Vol. 1* [Traducción, advertencia y notas de Pedro Scaron], México, Siglo XXI, 2008.
- Marx, Karl, *Manuscritos: economía y filosofía* [Traducción, introducción y notas de Francisco Rubio Llorente], Madrid, Alianza, 1980.
- McKeown, Thomas, *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo, némesis?* [Traducción de Pedro Larios], México, Siglo XXI, 1982.
- Meador, Clifton K, The Art and Science on Nondisease, *The New England Journal of Medicine*, N° 272, 1965.

- Medina Cano, Federico, El cuerpo en la posmodernidad: la salud, el ejercicio físico y el cuerpo perfecto, *Signo y pensamiento*, No. 28 (XV), Universidad Javeriana: Facultad de Comunicación y lenguaje, 1996.
- Menéndez, Eduardo Luis, El modelo médico y la salud de los trabajadores, *Salud colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero-abril 2005.
- Menéndez, Eduardo Luis, Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder, *Salud colectiva*, 2015; 11(3).
- Moral Jiménez, María de la Villa, Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud, *Boletín de Psicología*, No. 94, noviembre 2008.
- Muel, Francine, La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal, en Castel, Robert y cols., *Espacios de poder* [Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría], Madrid, La Piqueta, 1981.
- Mumford, Lewis, *Técnica y civilización* [Versión española de Constantino Aznar de Acevedo], Madrid, Alianza, 1992.
- Muñoz Hernández, Onofre, *Discurso pronunciado en ocasión de la conmemoración del día del médico*. Mecanuscrito no publicado, México, octubre del 2006.
- Murguía, Adriana, Ordorika, Teresa y Lendo, León F., “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2016.
- Narro Robles, José, “Indicadores generales de salud pública y de los servicios de salud”. *Gac Med Méx*, Vol. 136 Suplemento No. 1, 2000.
- Nietzsche, Friedrich, *Más allá del bien y del mal. Preludio de la filosofía del futuro* [Introducción, traducción y notas de Andrés Sánchez Pascual], Madrid, Alianza, 2006.
- Nisbet, Robert, *Historia de la idea de progreso* [Traducción de Enrique Hegewlcz], Barcelona, Gedisa, 1991.
- Nisbet, Robert, “La idea de progreso”, *Revista Libertas*: 5 (Octubre 1986), Instituto Universitario ESEADE, www.eseade.edu.ar.
- OCDE, *Panorama de la salud 2017. Indicadores de la OCDE*, París, Organización para la Cooperación el Desarrollo Económicos, 2018.
- OMS, *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria*, consultada el 18 de mayo del 2019. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
- OMS, *Cobertura sanitaria universal*, 24 de enero del 2019, Consultado el 16 de abril del 2019, en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- OMS, Comité de expertos: International drug monitoring: The role of national centres, Tech Rec Ser N° 498, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1972.
- OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Nueva York, 22 de julio de 1946.
- OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Organización Mundial de la Salud, 2013.

- OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, OMS, 2001.
- OMS, “La función de la investigación en la búsqueda de la cobertura sanitaria universal”, en *Informe sobre la salud en el mundo 2013*, en *Investigaciones para una cobertura universal*, OMS, 2013.
- OMS, *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, Ginebra, OMS, 2013.
- Orueta Sánchez, Ramón y cols., Medicalización de la vida (I), *Revista Clínica de Medicina de Familia*, Vol.4, núm. 2, junio, 2011.
- Ovalle Fernández, Ignacio (Coord), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. Volumen 4 (Salud), México, Siglo XXI, 1998.
- Patalano, Mercedes, “Las publicaciones del campo científico: Las revistas académicas de América Latina”. *Anales de documentación*, N°. 8, 2005.
- Pearce, Innes H, La salud del individuo, de la familia, de la sociedad, *Medicina Social*, volumen 4, número 3, septiembre 2009.
- Pérez-Ciordia, Ignacio, Las no enfermedades y la medicalización, *www.jano.es*, octubre 2011.
- Pérez Tamayo, Ruy, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, Tomo I, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Pérez Tamayo, R, *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, Tomo II, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Pitágoras, “Los símbolos pitagóricos”, en *Escritos pitagóricos. La enseñanza secreta de Pitágoras* [Traducción y comentarios de Pedro Guirao], Barcelona, Bauzá, 1901.
- Platón, “Crátilo” en *Diálogos II* [Traducción, introducción y notas de J. L. Calvo], Madrid, Gredos, 1987.
- Platón, “República” en *Diálogos IV* [Introducción, Traducción y notas por Conrado Eggers Lan], Madrid, Gredos, 2008.
- Platón, “Filebo” en *Diálogos VI* [Traducciones, introducciones y notas por María Ángeles Durán y Francisco Lisi], Madrid, Gredos, 2008.
- Platón, “Carta VII”, en *Diálogos VII* [Traducciones, introducciones y notas de Juan Zaragoza y Pilar Gómez Cardó], Madrid, Gredos, 1987.
- Ponce de León Rosales, Samuel y cols., Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México, *Salud Pública de México*, Vol. 41, suplemento 1 (1999).
- Porter, Roy y Vigarello, Georges, “7. Cuerpo, salud y enfermedades”, en Corbin, Alain, Courtine, Jean-Jacques y Vigarello, Georges, *Historia del cuerpo Vol 1. Del renacimiento al Siglo de las Luces* [Traducción de Núria Petit y Mónica Rubio], Madrid, Taurus, 2005.
- Puche Cañas, Emilio y Luna, Juan de Dios, Reacciones adversas a medicamentos: una revisión actualizada del problema en España, *Revista Clínica Española*, Vol. 206, July 2006.
- Rodríguez-Abrego, Gabriela, Ramírez-Sánchez, Teresita de Jesús y Torres-Cosme, José Luis, “Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social”, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014:52(6). p. 614.
- Roudinesco, Élisabeth, *El paciente, el terapeuta y el estado* [Traducción de Sara Vassallo], Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

- Rousseau, Jean Jacques, *Discurso sobre las ciencias y las artes*, Editorial no identificada. Consultado el 25 de octubre 2017. <https://es.scribd.com/document/215524949/ROUSSEAU-2008-Discurso-Sobre-Las-Ciencias-y-Las-Artes>.
- Ryan, Peter y cols., Alternativas para el hospitalismo, *Salud Mental*, Vol. 5, No. 3, Otoño 1982.
- Saeteros Pérez, Tamara, "Por mi alma subiré a Dios. El concepto de alma de san Agustín de Hipona", *Civilizar* 13 (25): 189-210 julio-diciembre de 2013.
- Salvarezza, Leopoldo, "Capítulo 2: La psicogerontología y los viejos frente al siglo XXI", en Salvarezza, Leopoldo (Comp), *Envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo*, Buenos Aires, Eudebe, 2001.
- San Agustín, *Confesiones*, [Introducción, traducción y notas de Alfredo Encuentra Ortega], Madrid, Gredos, 2010.
- Sfez, Lucien, *La salud perfecta* [Traducción de Eva Tabakián y Pablo Rodríguez], Buenos Aires, Prometeo, 2008.
- Skrabanek, Peter, *La muerte de la medicina con rostro humano* [Traducción de José Francisco García Gutiérrez y Julián Velasco Gutiérrez], Madrid, Díaz de Santos, 1999.
- Smith, Richard [Ed.], In search of "non-disease", *British Medical Journal*, 2002;324:883-5.
- Soto-Estrada, Guadalupe, Moreno-Altamirano, Laura, y Palma-Díaz, Daniel, Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 2016.
- Szasz, Thomas S, *Ideología y enfermedad mental* [Traducción de Leandro Wolfson], Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- "The bottle of medicine", *British Medical Journal*, Jan, 19, 1952, n. 1.
- Tortella, Gabriel, *Introducción a la economía para historiadores*, Madrid, Tecnos, 1987.
- Turgot, Anne Robert Jacques, *Discursos sobre el progreso humano* [Estudio preliminar, traducción y notas de Gonçal Mayos Solsona], Madrid, Tecnos, 1991.
- Vaisse, Emilio (Omer Emeth), *Knock o el Triunfo de la Medicina, de Jules Romains* (Editorial no identificada), p. 14. Consultado el 15 diciembre de 2018 en: <https://edoc.pub/knock-o-el-triunfo-de-la-medicina-de-jules-romains-pdf-free.html>.
- Valenzuela, Fermín, "La ética de la prescripción", en Rivero Serrano, Octavio y Paredes Sierra, Raymundo (Coord.), *La ética en el ejercicio de la medicina*, México, Panamericana, 2006.
- Villegas Contreras, Armando, "Introducción", en Alcubierre Moya, Beatriz, *Niños de nadie: usos de la infancia menesterosa en el contexto borbónico*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Bonilla Artigas Editores, 2017.
- Villoro, Luis, *El pensamiento moderno. Filosofía del Renacimiento*, México, Fondo de Cultura Económica - El Colegio Nacional, 1992.
- Whiteford Harvey A. y cols., Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1575-86.

Yuste, Francisco Javier, Concepto de salud, *Aldaba*, Núm 10, (1988).

11 de noviembre de 2019

Dra. Martha Santillán Esqueda
Coordinadora de la Maestría en Humanidades
Centro de Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis “**El progreso en salud y la medicalización de la vida en la época contemporánea.**” que presenta el **alumno:**

Héctor Valentín Hidalgo Lara

Para obtener el grado de Maestro/a en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

La hipótesis planteada al inicio de la investigación ha sido demostrada con información actual y argumentos adecuados en su análisis.

El texto propone un abordaje interdisciplinario de la salud en la actualidad.

La tesis expone conclusiones acertadas como resultado de la indagación.

El texto es claro en su redacción y riguroso en su aparato crítico.

Sin más por el momento, quedo de usted

Atentamente



Dra. Elizabeth Valencia Chávez

Cuernavaca, Morelos, 19 de Noviembre de 2019.

Dra. Martha Santillán Esqueda
Coordinadora de la Maestría en Humanidades
Centro de Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis “**El progreso en salud y la medicalización de la vida en la época contemporánea**” que presenta el alumno:

Héctor Valentín Hidalgo Lara

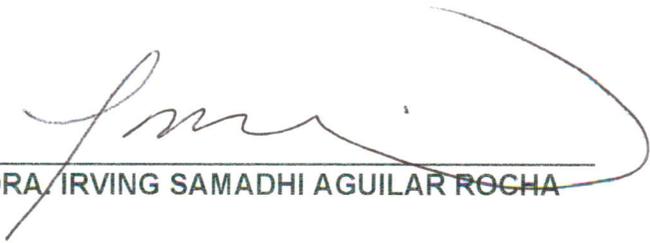
Para obtener el grado de Maestro en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Bajo mi decisión en lo siguiente:

La tesis presentada muestra el desarrollo y cumplimiento de los elementos fundamentales para ser considerada una tesis de maestría. Se logró establecer una tesis clara, de la misma manera el estudiante muestra un adecuado conocimiento del tema y de los autores trabajados, así como la bibliografía y su utilización. Del mismo modo, la tesis cuenta con una estructura que permite el acceso al tema. Se trata de una tesis interesante que ofrece elementos para vincular y profundizar en la crítica hacia otros sectores involucrados con la salud y su comercialización, por ejemplo, el tema sobre la alimentación, tan ligada con las propias empresas farmacéuticas.

Sin más por el momento, quedo de usted

Atentamente



DRA. IRVING SAMADHI AGUILAR ROCHA

Cuernavaca, Morelos, a 19 de noviembre de 2019



Dra. Martha Santillán Esqueda
Coordinadora del Posgrado en Humanidades

CIIHu-IIHCS

PRESENTE



Por medio del presente le comunico que he leído la tesis "**El progreso en salud y la medicalización de la vida en la época contemporánea**" que presenta el alumno

Héctor Valentín Hidalgo Lara

para obtener el grado de Maestro en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi voto aprobatorio para que se proceda a la defensa de la misma.

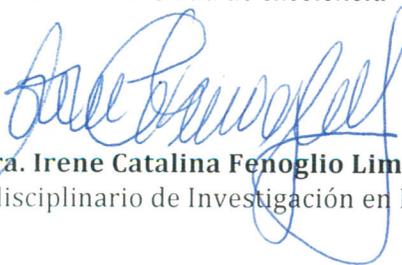
Baso mi decisión en lo siguiente:

La tesis está basada en la revisión minuciosa de un amplio conjunto de fuentes relativas al tema. Se trata de un trabajo bien investigado y redactado sobre un tema actual, pertinente e importante.

Sin más por el momento, agradezco de antemano su atención y aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

Atentamente

Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia



Dra. Irene Catalina Fenoglio Limón
Centro Interdisciplinario de Investigación en Humanidades

Cuernavaca, Morelos a 21 de noviembre de 2019

Dra. Martha Santillán Esqueda
Coordinadora de la Maestría en Humanidades
Centro de Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis *El progreso en salud y la medicalización de la vida en la época contemporánea* que presenta el alumno:

Héctor Valentín Hidalgo Lara

Para obtener el grado de Maestro en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- 1.- En este trabajo se plantea claramente el problema de investigación. El objetivo es indagar por qué el progreso en el conocimiento médico no ha implicado la obtención de mejores resultados en la atención a la salud. Para trabajar este asunto, se plantea la siguiente hipótesis: "si bien ha habido un crecimiento en el saber médico, a juzgar por los resultados obtenidos con los indicadores básicos con que se suele evaluar el estado de salud de la población, no ha habido tal progreso en la salud".
- 2.- La metodología utilizada para realizar la investigación es clara. En primer término, se realiza una revisión histórica minuciosa del concepto de cuerpo y a partir de esto se analiza la manera en que ha sido tratado médicamente en distintos periodos históricos. Posteriormente, se explora la época contemporánea. Especialmente, se revisa la idea de cuerpo en relación con la noción de progreso en el ámbito de la medicina.
- 3.- En el examen de la época contemporánea se evidencia la relación entre mercantilización y medicalización. Una de las conclusiones es que no puede haber progreso en salud en una atmósfera en la que predomina el lucro.
- 4.- La tesis está muy bien estructurada y redactada, y cuenta con una bibliografía amplia y actualizada.

Sin más por el momento, quedo de usted

Atentamente

Dra. Angélica Tornero Salinas

Cuernavaca, Morelos a 20 de noviembre de 2019

Dra. Martha Santillán Esqueda
Coordinadora de la Maestría en Humanidades
Centro de Interdisciplinario de Investigación en Humanidades
Instituto de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que he leído la tesis *El progreso en salud y la medicalización de la vida en la época contemporánea*. que presenta el alumno:

Héctor Valentín Hidalgo Lara

Para obtener el grado de Maestro en Humanidades. Considero que dicha tesis está terminada por lo que doy mi **voto aprobatorio** para que se proceda a la defensa de la misma.

Baso mi decisión en lo siguiente:

- 1) La tesis mencionada reúne los requisitos académicos que exigen los estudios de maestría, según están establecidos por el programa de estudios: Plantea con rigor los problemas del tema de la investigación y contribuye a aclararlos a partir de una reflexión y postura personal sobre el tema; presenta una apropiación y crítica sobre la historia de la salud y la medicalización en la medicina contemporánea; y rebasa el nivel de una simple exposición monográfica; maneja una bibliografía pertinente y actualizada; se basa en fuentes originales y la extensión del texto es adecuada.
- 2) La tesis está escrita con claridad, precisión y observa coherencia en los argumentos centrales.
- 3) La tesis presenta contribuciones académicas interdisciplinarias que enriquecen el área de la filosofía política, la historia de la medicina y la historia de la salud.
- 4) La tesis realiza una revisión de dimensiones históricas de las aproximaciones al problema del cuerpo, la salud y la medicina. A lo largo de esta revisión se pone en crisis la noción de progreso en la salud: se argumenta que si bien hay una indiscutible profundización sobre los conocimientos que hay sobre las enfermedades, esto no ha ido acompañado de un progreso en la salud. Más adelante se trae a colación el problema de la 'medicalización' de las prácticas medicas para atender los problemas de salud. Lo cual se plantea como una práctica enajenada y fetichizada del problema de salud social. La tesis propone una interesante apropiación del concepto de biopolítica para reflexionar sobre la medicina contemporánea.

5) La tesis abre importantes y problemáticas líneas de investigación posibles para perseguir en estudios de posgrado posteriores sobre todo en lo referente a las diversas formas en que la medicina contemporánea y la industria de salud son cómplices del modo de producción capitalista.

Sin más por el momento, quedo de usted

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sergio', with a large, stylized flourish at the end.

Dr. Sergio Rodrigo Lomelí Gamboa