

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

UNIDAD DE POSGRADOS

**MAESTRÍA EN DESARROLLO LOCAL CON MENCIÓN EN FORMULACIÓN Y
EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE DESARROLLO ENDÓGENO**

**Tesis previa a la obtención del título de:
MAGISTER EN DESARROLLO LOCAL CON MENCIÓN EN FORMULACIÓN Y
EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE DESARROLLO ENDÓGENO**

**TEMA:
EL MODELO BIOMÉDICO COMO CAUSA DE LA REPRODUCCIÓN,
CONSOLIDACIÓN Y MANTENIMIENTO DE ALGUNAS MANIFESTACIONES
PREDOMINANTES DE LA CULTURA POLÍTICA EN LA SOCIEDAD
ECUATORIANA**

**AUTOR:
JUAN CRISTÓBAL CUVI SÁNCHEZ**

**DIRECTOR:
VÍCTOR HUGO TORRES**

Quito, abril del 2013

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, 15 de abril de 2013

f) _____
Juan Cristóbal Cuvi Sánchez
C.I. 1301872592

A Silvana

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin los aportes teóricos descubiertos en la obra de Eduardo Menéndez, a quien, además, le agradezco por haber respondido a mis requerimientos sobre otras fuentes de su amplia bibliografía. Josep M. Comelles complementó esta necesidad proporcionándome el acceso electrónico a la obra de Menéndez. Marta Escobar y Paz Guarderas me facilitaron textos de antropología médica que fueron fundamentales para entender la relación entre medicina y cultura. A Jorge Altamirano debo las gestiones para obtener el financiamiento para la investigación. Los aportes de Luis Herrera, designado como lector de la tesis, fueron valiosos para completar algunos contenidos importantes en la revisión final del texto.

RESUMEN

Esta tesis analiza la relación entre medicina y política a partir del discurso y la práctica de la biomedicina. Aborda la problemática empezando por un análisis sobre los mecanismos y las formas en que la medicina ha repercutido en el ejercicio del poder político a los largo de la Historia. A partir de estos antecedentes, examina el proceso de construcción del modelo biomédico durante la modernidad, para luego develar las estrategias mediante las cuales este modelo influye en la construcción de referentes, creencias y valores políticos en nuestra sociedad.

Estableciendo una distancia equilibrada con aquellas concepciones deterministas que subordinan los factores ideológicos al funcionamiento de la esfera material de la economía y de la producción, realza el papel que cumple el discurso científico como elemento decisivo en la estructuración de las relaciones de poder. Desde esta óptica, el discurso médico ha logrado alcanzar un estatuto epistémico autónomo. Esta evolución le ha permitido pasar de ser un instrumento del poder a ser un factor de poder.

La hegemonía del modelo biomédico tiene repercusiones evidentes en la cultura política de la sociedad ecuatoriana. Su posición dominante no solo subordina a los modelos médicos ancestrales y alternativos, sino que configura una serie de comportamientos políticos que atentan contra la construcción de una cultura democrática. Como producto específico del capitalismo, el modelo biomédico difunde e impone contenidos autoritarios, individualistas, asimétricos, consumistas y fragmentarios a través del discurso y del ejercicio profesional. De este modo restringe las posibilidades de que individuos, pueblos y comunidades desarrollen la autonomía indispensable para lograr su emancipación.

Palabras clave: biomedicina, cultura política, poder, autonomía.

ABSTRACT

This thesis analyzes the relationship between medicine and politics from the discourse and practice of biomedicine. It addresses the problem beginning with a discussion of the mechanisms and ways in which medicine has effected the exercise of political power over the course of history. Subsequently, the study examines the process of constructing the modern biomedical model, then reveals the strategies by which this model influences the construction of references, beliefs and political values in our society.

Establishing a balanced distance with those deterministic conceptions that subordinate ideological factors to the workings of the material sphere of economy and production, elevates the role of the scientific discourse as a decisive element in the structuring of power relations. From this perspective, the medical discourse has achieved autonomous epistemic status. This evolution has allowed it to go from being an instrument of power, to being a factor of power.

The hegemony of the biomedical model has obvious repercussions on the political culture of Ecuadorian society. Its dominant position not only subordinates the ancestral and alternative medical models, but shapes a series of political behaviors that undermine the construction of a democratic culture. As a specific product of capitalism, the biomedical model spreads and imposes authoritarian, individualistic, asymmetric, consumerist and fragmented ideas through discourse and professional practice. In this way it restricts the possibilities for individuals, peoples and communities to develop the autonomy necessary to achieve emancipation.

Keywords: biomedicine, political culture, power, autonomy.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO 1 | 17 |
| MARCO TEÓRICO | 17 |
| 1.1. BREVES REFERENTES HISTÓRICOS DE LA MEDICINA | 20 |
| 1.1.1. El paradigma biólogo..... | 29 |
| 1.1.2. El modelo andino de salud como paradigma integral..... | 30 |
| 1.2. LA MEDICINA EN LA MODERNIDAD | 33 |
| 1.2.1. La construcción de modelos | 33 |
| 1.2.2. El modelo médico hegemónico universal | 37 |
| 1.2.3. Características del modelo biomédico | 41 |
| 1.2.4. La neutralidad como estrategia de adaptación | 45 |
| 1.3. LA CULTURA POLÍTICA | 51 |
| 1.3.1. Referencia histórica | 51 |
| 1.3.2. Conceptos sobre cultura política | 53 |
| CAPÍTULO 2 | 65 |
| DISCURSO Y PRÁCTICA DE LA BIOMEDICINA | 65 |
| 2.1. UNA EXPERIENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS | 67 |
| 2.1.1. Servicio ambulatorio..... | 67 |
| 2.1.2. Proyectos de salud comunitaria | 70 |
| 2.2. EL DISCURSO DESDE LA PROFESIÓN Y LA ACADEMIA | 71 |
| CAPÍTULO 3 | 73 |
| MODELO BIOMÉDICO Y PATRONES CULTURALES | 73 |
| 3.1. SÍMBOLOS BIOMÉDICOS EN LA CULTURA POLÍTICA..... | 73 |
| 3.2. DISCURSO, JERARQUÍA Y COLONIALIDAD | 91 |
| CAPÍTULO 4 | 103 |
| DEMOCRACIA Y AUTONOMÍA FRENTE AL PODER BIOMÉDICO | 103 |
| 4.1. BIOMEDICINA Y PODER..... | 103 |
| 4.2. DISCURSO Y PODER..... | 107 |
| 4.3. AUTONOMÍA SOCIAL Y PODER | 110 |
| 4.4. COLONIALIDAD Y PODER | 112 |
| 4.5. AUTONOMÍA INDIVIDUAL Y PODER..... | 114 |
| 4.6. EPISTEMOLOGÍA Y PODER..... | 116 |
| BIBLIOGRAFÍA | 118 |
| ANEXO 1 | 123 |
| ENTREVISTAS | 124 |

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, las reiteradas crisis en distintos ámbitos de la sociedad no se han producido al margen de similares crisis en la esfera política. Esta constatación resulta por demás obvia si consideramos que el ejercicio de la política constituye, intrínsecamente, un reflejo del funcionamiento de la sociedad en todas sus formas. Por ejemplo, el deterioro de la institucionalidad se traducirá, de manera inevitable, en prácticas políticas atrabiliarias, signadas por el autoritarismo, la arbitrariedad y la inmoralidad.

Cuando hablamos de crisis es importante precisar que podemos referirnos a manifestaciones con una temporalidad medianamente determinada o a manifestaciones de carácter histórico-estructural. Esta diferenciación nos permite establecer la mayor o menor trascendencia de un fenómeno social respecto del funcionamiento de la política. Por lo mismo, no es posible equiparar las repercusiones políticas de una huelga nacional de trabajadores con las de un sistema de salud basado en la exclusión, el racismo y la dominación cultural. La primera tendrá, obviamente, efectos fundamentalmente coyunturales.

Al ser la salud un elemento básico y determinante en la vida de cualquier grupo humano, además de imprescindible para el funcionamiento adecuado de la sociedad, el enfoque con que se plantea su manejo resulta fundamental para poder entender muchos de los comportamientos, hábitos y creencias de una colectividad, porque las respuestas que se dé al proceso salud/enfermedad no son, desde ningún punto de vista, neutras. Detrás de las políticas de salud que se apliquen desde cualquier Estado o gobierno –y por consiguiente de sus estrategias y contenidos– existen visiones particulares y relaciones concretas de poder. Y cuando hablamos de poder estamos admitiendo un procedimiento mediante el cual se toman decisiones que tienen efectos y repercusiones sobre individuos o grupos sociales.

El enfoque con que una sociedad o un Estado afrontan el proceso salud/enfermedad depende por lo general de la aplicación de un modelo médico determinado. En el caso ecuatoriano, el modelo médico hegemónico, es decir aquel que subordina o domina a los demás modelos, es el biomédico. Se trata de un modelo impuesto desde una matriz eurocéntrica de colonización, tanto en lo cultural como en lo económico, y que, por lo mismo, ha provocado distorsiones y contradicciones históricas en la construcción del *ethos* nacional.

Pero la idea de las concepciones y prácticas médicas como determinantes de la cultura política de un pueblo no ha sido planteada ni tratada con la amplitud que amerita. Muy al contrario, existe más bien la tendencia a considerarlas como una expresión –o como una consecuencia– del funcionamiento de la esfera económica de la sociedad. Es decir, lo que el marxismo clasifica como un elemento de la superestructura político-ideológica de la sociedad. Desde esta perspectiva, el modelo médico no sería más que un instrumento de poder para la reproducción de una formación económico-social específica. Sin embargo, el peso y la influencia que ejerce un modelo médico cualquiera sobre el imaginario de una sociedad pueden ser mucho mayores de lo que pudiera suponerse. En el caso del modelo biomédico, los rasgos que lo caracterizan tienen coincidencias enormes con las costumbres y valores dominantes en nuestra sociedad: individualismo, machismo, racismo, clasismo, mercantilismo, etc.

Existe una preocupación constante desde las ciencias sociales y las ciencias políticas respecto del comportamiento político de los ciudadanos. Las explicaciones son múltiples, y van desde aquellas teorías que lo explican como el reflejo de la dinámica socioeconómica de la sociedad, donde la política sería el campo de confrontación de los intereses materiales y la consiguiente disputa entre clases y/o grupos sociales, hasta aquellas que lo consideran el resultado de la idiosincrasia de una nación, determinada por elementos como la tradición, el sistema de valores, la influencia religiosa, las deficiencias educativas o los procesos de aculturación. En todo caso, el interés por conocer los procesos políticos de una sociedad es fundamental a la hora de proponer iniciativas y tomar decisiones sobre los asuntos de interés colectivo que se dirimen en el espacio público. La construcción de una sociedad auténticamente democrática no puede estar desligada de la intervención consciente y responsable de los ciudadanos; esto implica un reconocimiento crítico sobre los contenidos que estructuran un discurso político. Los ciudadanos necesitan comprender cómo operan los mecanismos de los discursos hegemónicos, y hasta qué punto influyen su comportamiento.

En el plano de la política esto resulta fundamental, puesto que estamos ante comportamientos relacionados con el ejercicio o el no-ejercicio del poder. Si la profundización de la democracia está en relación directa con la socialización del poder, todas las formas y mecanismos mediante los cuales ese poder puede ser escamoteado requieren ser develados y confrontados.

Son múltiples las entradas para entender las formas en que una estructura de poder se reproduce, se consolida y se sostiene. El rol de la biomedicina (en cuanto ciencia) ha sido tomado en cuenta desde la instrumentalización de un dispositivo burocrático o desde la implantación de un discurso académico; es decir, desde la administración pública y la institucionalización de los servicios, o desde la supremacía epistemológica. Pero en ningún momento ha sido analizado como un factor autónomo de poder que apuntala cualquier sistema político basado en la dominación (ya sea el fascismo, el capitalismo, el populismo o el socialismo real).

A la luz de las más recientes propuestas de desarrollo para los países no-industrializados, el tema de la democratización del poder adquiere relevancia central; más aún desde la lógica de los espacios locales, donde se considera más viable la posibilidad de poner en práctica este objetivo. A esta escala inclusive puede evidenciarse con mayor claridad el proceso de estructuración de las relaciones sociales y de poder a partir de la influencia de un factor ideológico, como es el discurso médico. Es por demás conocido el papel que juega el médico –junto con el cura, el alcalde y el profesor– en la estructuración de la sociedad en dichos espacios. Aunque esta investigación se desarrolla en el plano nacional, no vemos ningún impedimento para que los resultados puedan ser extrapolados hacia los niveles locales, donde el modelo biomédico reproduce su lógica en sus aspectos más esenciales.

La relación del ser humano con la enfermedad tiene una trascendencia y un dramatismo que superan a los de cualquier otro factor de carácter natural, social, político o económico. La enfermedad (sea esta física, mental o emocional) es el único enemigo interno del ser humano. No importa que su origen sea externo (por ejemplo una infección por ingesta de alimento, o un contagio eruptivo); lo fundamental es que, cuando esta se manifiesta, lo hace desde nuestra interioridad corporal, psíquica o afectiva. La guerra, el desempleo, las catástrofes naturales o la delincuencia son amenazas que efectivamente pueden ser fatales para la gente; pero ninguna opera como la enfermedad. Esta es la única que expresa el conflicto entre la vida y la muerte desde nuestra intimidad más profunda e insondable, dentro de los estrictos límites de nuestra corporalidad. Tampoco importa que la solución sea externa (como podría ser un implante, un medicamento o una cirugía); el triunfo o la derrota frente a la enfermedad siempre se resuelve dentro de cada uno de nosotros.

Esto es lo que hace que los seres humanos y las sociedades desarrollemos una relación muy especial y particular con el mundo de la medicina. Y pese a que no mantiene ni la frecuencia ni la intensidad que aquella que tenemos con el mundo del trabajo, por citar un ejemplo paradigmático, no por ello deja de ser una relación crucial. Además, se trata de una relación que establecemos desde antes de nuestra existencia oficial y que perdura hasta la muerte.

La medicina constituye un mundo de representaciones y símbolos que actúa en forma simultánea sobre nuestra exterioridad y sobre nuestra interioridad. Nos resuelve necesidades prácticas y puntuales al mismo tiempo que nos transmite valores y cosmovisiones. Nos cura de una enfermedad concreta al tiempo que nos permea con nociones respecto de la importancia de la tecnología, de la infalibilidad de la ciencia, de la inmediatez, de la supremacía profesional o de la efectividad terapéutica. Al obligarnos a depositar en sus manos algo tanpreciado como nuestro cuerpo y nuestra salud, sus dispositivos tienen la capacidad de moldearnos con mayor eficacia que otras disciplinas. Influye sobre nuestro comportamiento porque opera directamente sobre nuestro deseo atávico de supervivencia. Sus recomendaciones son como una orden militar en medio de una emboscada, aunque para ello no requiera mecanismos marciales. Nosotros simplemente sabemos que de su cumplimiento depende nuestra vida.

Pero esta relación tan estrecha y reincidente es por lo general analizada desde un punto de vista únicamente instrumental: la medicina sirve o no sirve, cura o mata, alivia el bolsillo o empobrece. Su función social pareciera depender de la eficacia de sus procedimientos, lo cual está directamente asociado con la capacidad del profesional médico o con la mayor tecnologización de los servicios. En su calidad de “ciencia que cura las dolencia humanas”, la medicina inclusive ha logrado traspasar el rango de neutralidad epistemológica que pretenden las ciencias, para ubicarse en forma casi inamovible en el extremo positivo. Si pudiéramos colocar en una balanza la percepción que tiene el común de la gente respecto de la ciencia médica veríamos que es completamente favorable, y las excepciones se refieren más bien a aspectos operativos (el costo, la eficiencia de los servicios, el maltrato en la atención, etc.).

Esto se pone de manifiesto en la receptividad con que la mayoría de seres humanos nos acercamos al mundo de la medicina. No solo por las obvias condiciones de angustia y

sufrimiento que nos provoca una enfermedad (Parsons, 1951)¹, sino porque hemos interiorizado una visión incondicionalmente favorable a la ciencia médica en sí. En tales circunstancias, todo mensaje que viene incluido en –o aparejado con– el tratamiento médico tiene mayores posibilidades de incorporarse o de permear nuestro sistema de representaciones y valoraciones. Asociamos salud con tecnología con la misma facilidad que asociamos asepsia con el color blanco. ¿Hasta qué punto esta relación influencia el comportamiento político de la sociedad en su conjunto?

A lo largo de la Historia, la medicina ha ocupado un lugar predilecto junto al poder político. Pero no fue sino hasta bien entrada la modernidad que se transformó en una pieza básica del sistema. Con la implementación y desarrollo de la salud pública como política de Estado, la biomedicina alcanza una institucionalidad decisiva dentro del funcionamiento de la sociedad. Se vuelve un elemento imprescindible de las políticas públicas y, por lo mismo, del ejercicio del poder político. En el siglo XX se convierte en una de las industrias más exitosas y rentables del planeta.

Es en este contexto que nos preguntamos si el modelo sobre el que hoy se asientan las prácticas y las concepciones médicas hegemónicas –es decir el modelo biomédico– no ha pasado de ser un reproductor de referentes ideológicos al servicio de intereses económicos puntuales a ser un creador de nuevos referentes ideológicos como parte de un proceso de reproducción sistémica autónomo, cuya finalidad no sea necesariamente el lucro sino el poder... o, desde otra perspectiva, la dominación epistemológica. Como lo señala Leslie, en la lucha global por la división del trabajo médico, los defensores de la medicina convencional persiguen, entre otros objetivos, reforzar un esquema jerárquico basado en la autoridad de los doctores, quienes estarían conformando una especie de auto-gobierno profesional con derecho a avalar y supervisar todas las demás formas de conocimiento y práctica médicos (Leslie, 1977). La biomedicina estaría, en este caso, apuntalando una concepción del mundo que refuerza el sistema industrial/tecnológico dominante a nivel global, ya sea en sus versiones capitalistas o socialistas.

La problemática investigada se centra en el grado y las formas con que el modelo biomédico influye en el comportamiento político de la sociedad ecuatoriana. En este punto ha sido fundamental analizar el rol que cumplen los profesionales de la medicina en la

¹ Este autor es quien inicialmente despliega un minucioso análisis sobre la relación médico-paciente y sus múltiples formas de dominio y subordinación en el sistema médico de los Estados Unidos.

reproducción de un discurso político que, entre otros aspectos, debilita la participación social y la ciudadanía. Una de las inquietudes apuntó a las coincidencias de criterios y valores de los médicos en ámbitos ajenos al de su profesión o de su desempeño laboral, de manera especial en los espacios de la política y la cultura. Analizar y entender la forma en que los médicos construyen sus referentes simbólicos e ideológicos es fundamental para comprender el grado de influencia que puede tener el modelo biomédico sobre la cultura política de los demás, por el simple hecho de que los profesionales de la medicina cumplen una función de intermediación entre este y la población. Los contenidos teóricos y las dinámicas sobre las cuales está estructurado cualquier modelo médico son transmitidos a la gente –en una proporción considerable– a través de la consulta médica². En este sentido fue importante saber cómo se produce la relación médico-paciente en cuanto a transmisión de mensajes ideológicos asociados, integrados o “diluidos” en las disposiciones médicas. La persona que acude a la consulta médica lo hace en una situación de absoluta receptividad, porque pone de por medio una necesidad urgente y vital: su curación.

Esta conjetura se completó con la inquietud sobre la influencia que puede tener el pensamiento biomédico en las decisiones político-administrativas del sector público de la salud, teniendo en cuenta que las principales instancias de decisión suelen estar en manos de médicos, ratificando con esto la idea predominante impuesta de que la salud es una competencia casi exclusiva de ellos. Por lo general, la opinión de los médicos tiene enorme peso frente a las decisiones del poder político, ya sea a través de los organismos colegiados o de las “voces autorizadas” de los médicos con prestigio.

¿Es posible que el ejercicio médico hegemónico, que está presente en nuestra cotidianidad de manera permanente a través de distintas manifestaciones, pueda perfilar ciudadanos con una serie de rasgos comunes que se expresan en sus creencias políticas? La pregunta se vuelve relevante cuando constatamos que existen comportamientos políticos similares en personas con una filiación ideológica y partidista diferente y hasta contrapuesta. El individualismo, el machismo, el autoritarismo, el utilitarismo o el burocratismo no constituyen patrimonio de una tendencia político-ideológica determinada, sino que están generalizados en todo el espectro social. Conocer, desentrañar y explicar esta compleja trama

² También existen otros mecanismos como la publicidad, la literatura especializada, las opiniones públicas de profesionales destacados o la cátedra; pero no serán tomados en cuenta para el presente estudio, porque no implican un grado de ansiedad personal y dramatismo como el padecimiento de una enfermedad.

constituye una tarea de enorme relevancia, para que la sociedad pueda desarrollar estrategias de carácter político-académico que neutralicen las deformaciones provocadas por la aplicación del modelo biomédico, en especial en aquellas que conspiran contra una cultura democrática y solidaria. La necesidad –cada vez más imperiosa– de transformación social exige una ofensiva desde varias ópticas para el tratamiento de los problemas. Si bien muchos de estos problemas responden a una compleja lógica de funcionamiento del sistema, donde la dinámica del poder económico cumple un rol relevante, no se puede desconocer la importancia de los factores ideológico-culturales en la configuración de un sistema de valores que también repercute en el funcionamiento general del sistema. Es más, tratándose de un sistema de símbolos y representaciones muy particulares, y con una funcionalidad imprescindible para la gente, el modelo biomédico puede actuar como un factor ideológico mucho más determinante en la estructura social que la religión, la educación o las leyes.

La medicina no solo que interviene en el subconsciente de la persona; también lo hace sobre el instinto de supervivencia. Una persona sabe que puede renunciar a la religión o a la educación sin poner en riesgo su vida; pero no puede asumir la misma posición respecto de la medicina. Es por ello que los mensajes que provienen desde la medicina tienen posibilidades infinitamente mayores de ser incorporados al sistema de valores de un individuo o de un grupo social; porque tienen una enorme carga de dramatismo y fatalismo.

Cualquiera está dispuesto a procesar el pronóstico del profesor de que si no estudia será un fracasado; sabe que existen innumerables casos que demuestran lo contrario. También puede lidiar con la admonición del sacerdote de que si no cumple con los preceptos religiosos irá al infierno; esta admonición tiene poco efecto inclusive entre los creyentes, que cada día alimentan mayores dudas sobre la existencia del averno. Pero una advertencia del médico es categórica, inaplazable y sobre todo puede ser fatal. Lo reafirmamos cada vez que conocemos de un caso que ha terminado en la muerte del enfermo.

La mayor complejidad para el análisis radica en la supuesta neutralidad que pretende asumir el discurso biomédico. No obstante, detrás de este discurso opera una lógica de poder que ha sido ampliamente documentada por varios autores³. Aquí hemos investigado el proceso mediante el cual esa lógica de poder es transmitida y estructurada en la cultura

³ La obra de Foucault es fundamental en este sentido. Para la presente investigación hemos consultado fundamentalmente *El nacimiento de la clínica*, los tres tomos de *Historia de la sexualidad*, y algunos cursos recogidos en *Los anormales, Defender la sociedad y Seguridad, territorio, población*.

política de la sociedad. Solo así podremos, desde las ciencias sociales, desmontar los mecanismos que permiten reproducir un discurso contrario a las necesidades de emancipación de la gente.

En primer término hemos intentado develar los mecanismos del discurso y de la práctica biomédicos que operan en la transmisión de mensajes desde el médico hacia el paciente (como individuo), y desde el mercado de la salud hacia la colectividad. Son estos contenidos lo que históricamente, y de forma paulatina pero sostenida, han configurado una cultura política determinada. En segundo término hemos establecido las formas como el lenguaje de la medicina ha penetrado –y hasta cierto punto se ha impuesto– en el mundo de la política, al punto de fundamentar el ejercicio de esta última.

El primer capítulo está destinado a ordenar los distintos aportes teóricos sobre el modelo biomédico y sus posibles repercusiones sobre el comportamiento político de los ciudadanos. La relación entre medicina y política como expresión particular del ejercicio del poder no ha sido muy estudiada ni desde las ciencias sociales ni desde la ciencia médica. La literatura con que se cuenta es extremadamente puntual (tal vez por ello también es paradigmática): Michael Foucault, Ivan Illich, Carlos E. Menéndez.

El punto de la cultura política, en cambio, ha sido tratado con mayor amplitud desde distintas corrientes sociológicas, aunque los estudios en el Ecuador aún son escasos. La base del análisis lo constituye el trabajo de Almond y Verba, complementado con algunos aportes nacionales. Considerando que el tema no ha sido estudiado con mayor amplitud desde las ciencias sociales, la investigación puede implicar un interesante aporte teórico, así como una insinuación a nuevas investigaciones.

El segundo capítulo está dividido en dos partes y tiene un carácter estrictamente descriptivo de los objetos de estudio. Una primera resume una experiencia institucional puntual en atención médica comunitaria y ambulatoria. En cierto sentido, constituye la fuente primaria y original que motivó este trabajo. Una segunda parte describe el grupo de médicos entrevistados.

El tercer capítulo está destinado al análisis y la reflexión sobre los dos objetos de estudio señalados. En el análisis de los resultados de las entrevistas a los médicos se presta especial atención a la forma en que se estructura un discurso desde el poder.

El cuarto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones.

Dado que la investigación se centra en el proceso mediante el cual una sociedad estructura ciertas formas de cultura política como resultado de la influencia de un factor ideológico, la investigación contiene una importante carga de reflexión teórica. La escasez de bibliografía sobre el tema obligó a ensayar varias explicaciones sobre el problema. Algunas de ellas probablemente adolezcan de falta de rigurosidad científica; pero ese es el costo inevitable de incursionar en un terreno poco explorado.

La investigación no fijó delimitaciones de carácter temporal por considerar que se trata de un fenómeno estructural e histórico, constante y cambiante a la vez. El propósito fue develar aquellos elementos que puedan explicar –o darnos pistas de– ciertas manifestaciones políticas de la población relacionadas con el modelo biomédico. Se trata de un estudio de tipo exploratorio, que nos permite incursionar en un ámbito poco o nada estudiado. Las limitaciones de tiempo y de recursos económicos no permitieron una mayor profundización de la investigación, en la perspectiva de elaborar una teoría que pueda explicar el fenómeno analizado; no obstante, quedan sentadas las bases para una incursión posterior.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

El modelo biomédico como institución poderosa e influyente en Occidente tiene algo más de un siglo, y bastante menos como modelo hegemónico de pretensiones universales. Mucho menos en un país periférico como el Ecuador, donde hasta hace apenas 50 años aún reinaba el médico familiar en las zonas urbanas, y el médico alternativo en las zonas rurales. No solo eso: recién en 1967 se crea el Ministerio de Salud Pública como una necesidad del Estado para ordenar, regular y racionalizar los servicios de salud antes dispersos, en la perspectiva de conformar un sistema nacional de salud. Inclusive en la misma Europa, donde inicialmente se desarrolló y estructuró la medicina moderna, la biomedicina tuvo dificultades para imponerse como modelo dominante hasta mediados del siglo XIX, frente a la perduración de prácticas médicas aún atadas a paradigmas empíricos, religiosos y mágicos.

Unas de los principales obstáculos para analizar las implicaciones políticas de la medicina moderna es que nace encuadrada dentro de la clasificación de las ciencias naturales, sobre todo por su estrecha interdependencia con la biología. Su faceta social ha estado identificada más bien con una función humanitaria provista de una alta dosis de apostolado. En tal sentido, la óptica desde la cual se ha escudriñado su trayectoria y desarrollo estuvo determinada durante mucho tiempo por criterios técnicos (innovación instrumental, estadísticas, investigación positiva). Se valoraba sus avances e inventos con una fascinación que excluía todo juicio crítico que se saliera de los parámetros científico-tecnológicos.

No será sino hasta mediados del siglo XX que se empiezan a aplicar otras miradas a la medicina. El significativo desarrollo de la antropología contribuyó a entender la importancia de los sistemas médicos en la construcción de los sistemas culturales. Al develar la existencia de símbolos y representaciones atávicas detrás de las concepciones y prácticas médicas, se entendió mejor la enorme influencia que tienen en la elaboración de mitos, creencias y valores colectivos, así como en el desarrollo de relaciones sociales y en la imposición de hábitos y normas de convivencia.

Por otro lado, también fue necesaria la superación de las concepciones deterministas del marxismo para poder entender el peso y la autonomía de la ideología en la estructuración de un sistema social. Una sobresaliente generación de intelectuales de izquierda críticos de la

posguerra empezó a cuestionar las aberraciones teóricas y académicas del estalinismo como burda simplificación del marxismo. A los aportes previos de Gramsci se sumaron las novedosas propuestas de Foucault, quien incursionó en el campo de la teoría política precisamente desde la medicina. Sus conceptos de biopoder y biopolítica reiteran sobre todo la no-imparcialidad de la ciencia.

Es a partir de la obra de este pensador francés que se empieza a observar al poder por fuera de la lógica de las estructuras socio-políticas de la sociedad. La reproducción microscópica e infinita de distintas formas de poder nos permite plantearnos escenarios infinitos para la reflexión, y entender que en esa extensa reticulación podemos a la vez encontrar elementos con mayores repercusiones para el funcionamiento general del sistema. Tal es el caso del modelo biomédico.

En buena medida, la idea de una multiplicidad de formas y espacios de ejercicio del poder, que se imbrican, se relacionan y se condicionan mutuamente, abre la posibilidad – desde una perspectiva académica– de centrar la mirada en cualquiera de ellos sin la necesidad de subordinarnos a la totalidad del sistema, como generalmente lo exigen otras corrientes teóricas (entre ellas el marxismo de manual). Por ello apuntamos a investigar la dinámica del poder al interior del modelo biomédico, como un factor que, estando totalmente vinculado a la dinámica del poder político, tiene sin embargo un proceso propio: el diseño de la sociedad en función del poder intelectual y económico del corporativismo médico en todas sus expresiones (es decir, profesionales de la medicina, catedráticos, empresas comercializadoras de productos médicos, industria de la salud y funcionarios públicos del sector).

Otro autor que, casi en solitario, ha reflexionado sobre la influencia de la institucionalidad –entre ellas la de la salud– en el deterioro de la libertad humana, de la cultura y de la convivencia social es el austriaco Iván Illich. Una de sus obras más renombradas, *Némesis médica* (Illich, s/d), analiza la paradoja del modelo biomédico en tanto institución relevante de la posguerra. Según Illich, la imagen exitosa y deslumbrante de una medicina que avanza a pasos agigantados en sus invenciones y descubrimientos tecnológicos, tiende a disimular los efectos contradictorios y negativos que produce en los planos social y cultural. El progreso de la salud, santificado desde parámetros fundamentalmente estadísticos y publicitarios, es incoherente con la creciente ansiedad y desazón que impregnan la vida diaria de la población, en especial en los países industrializados. Mientras mejores estándares de salud se ofrecen y pregonan, más problemas y padecimientos reporta la gente.

Illich tiende puentes claros entre el mundo de la política y el de la medicina, aunque considera que la forma como se ha estructurado el modelo biomédico responde a decisiones de los políticos, y no a la inversa, como proponemos nosotros. No obstante esta diferencia, el análisis que hace sobre los sistemas de salud del último medio siglo aporta enormemente a la comprensión del problema de las deformaciones sociales, técnicas, culturales, ambientales, económicas y **políticas** que provoca la biomedicina. Es más, su reivindicación de la democratización de las decisiones en el campo de la salud constituye un argumento contundente a favor del derecho de las personas a ejercer un mayor control sobre su vida y su cuerpo, un alegato por la autonomía del individuo respecto del proceso salud-enfermedad. En ese sentido, se trata de un cuestionamiento a uno de los pilares del modelo biomédico: la jerarquía profesional adosada a la fetichización epistemológica.

Un tercer autor que ha incursionado con absoluta rigurosidad y solvencia en el análisis del modelo biomédico es el antropólogo argentino Eduardo L. Menéndez⁴. Sus análisis sobre los mecanismos mediante los cuales la biomedicina condiciona la cultura de la sociedad abren la puerta a una reflexión que se extiende al campo de la política. En buena medida, el descubrimiento de su obra es responsable de la presente investigación.

La tesis central de Menéndez plantea la existencia de un modelo médico hegemónico que, en su proceso de expansión y dominio, tiende a subordinar a los demás modelos médicos. Las nuevas representaciones que se imponen como resultado de este proceso terminan influyendo en las relaciones sociales y en la cultura de la sociedad. En base a estas observaciones, nosotros sugerimos que este dominio simbólico también puede extenderse al plano de la cultura política.

Será importante realizar algunas aproximaciones de carácter comparativo con los modelos médicos alternativos, fundamentalmente con el modelo médico andino, para entender las posibles diferencias de comportamiento político de la población a partir de la influencia respectiva que estos puedan tener en determinados grupos sociales. Por lo extenso y amplio del tema⁵, no obstante, esta aproximación tendrá únicamente el propósito de aclarar

⁴ La obra de este autor es extensa. Una lista bastante amplia consta en la bibliografía.

⁵ Contrariamente a los que sucede con la relación entre medicina y política, donde la bibliografía es tremendamente escasa, los estudios sobre medicina y cultura a partir de los modelos médicos no occidentales es abundante, sobre todo por los aportes que ha hecho la antropología médica desde hace casi un siglo.

y sustentar los interrogantes fundamentales de la investigación. De manera muy tangencial nos referiremos a otros modelos como el chino o el hindú.

1.1. BREVES REFERENTES HISTÓRICOS DE LA MEDICINA

No cabe duda de que, en la historia de la humanidad la medicina antecedió largamente a la política y a la religión, puesto que la necesidad de sobrevivir es más imperiosa que las disputas de poder y que las explicaciones existenciales. La idea de que una persona puede curar a otra no solo tiene validez y significancia universal, sino también histórica. Como lo señala Moerman, desde la antropología existe el convencimiento de considerar al shamanismo, y no a la prostitución, como la profesión más antigua del mundo, sobre todo a partir de la realización de estudios recientes que documentan la eficacia terapéutica de muchos sistemas médicos utilizados por tribus, comunidades y pueblos (Moerman, 1979).

Antes de que se estructurara la tríada jefatura-religión-medicina, que puede considerarse como el primer paso hacia lo que posteriormente se convertiría en la primera forma de Estado (un proto-estado), la medicina ya cumplía una importante función de cohesión social y de socialización del conocimiento. Las prácticas y saberes médicos le pertenecían al conjunto de la sociedad, y eran utilizados como una fórmula para garantizar la igualdad frente a un problema común. Todos los integrantes de un grupo humano estaban en las mismas condiciones y tenían igual capacidad para responder a la enfermedad.

El surgimiento del primitivo especialista médico (shamán⁶, brujo, curandero, etc.), que va aparejado con la aparición de la autoridad militar y religiosa, constituye la primera ruptura con esta forma básica de poder comunitario. La función social de la medicina, al igual que la de la seguridad y la defensa, entran en una lógica jerárquica de la delegación, y dan así paso a las primeras estructuras de dominación dentro del grupo social. Se trasciende entonces ese estadio en que las sociedades primitivas se niegan a dotarse de un Estado para prevenir ese encuentro siempre fatal entre jefatura y poder. Eran sociedades que no se permitían un órgano

⁶ El término shamán, chamán, xamán o schamán tiene origen siberiano y designa al individuo capaz de modificar la percepción colectiva de la realidad. Son personas que acceden a conocimientos especiales. Esto implica que, además de poder comunicarse con los espíritus y tener visiones anticipatorias, tienen la facultad de curar. Durante los procesos de colonización, con frecuencia se utilizó este término en forma peyorativa, con el propósito de descalificar los saberes de brujos, hechiceros y sabios de los pueblos dominados.

de poder separado, porque es la sociedad la que detenta el poder como totalidad (Clastres, 1981:115).

A partir de esa separación entre saber colectivo y saber individual monopolizado empieza a tomar cuerpo una contradicción que ha acompañado a la medicina hasta nuestros días: su condición de **instrumento** de poder o **factor** de poder. Por lo primero entendemos un conjunto de conocimientos, prácticas y creencias, combinados de tal forma que refuercen un discurso de control social, construyan un imaginario colectivo favorable al statu-quo, contribuyan a afirmar una situación de dominación y difundan referentes y valores de las élites. Dicho de otro modo, que sirvan y sean funcionales al poder.

Por lo segundo, en cambio, entendemos un elemento que causa poder en quien lo posee o maneja, sin importar su posición en la escala social ni sus particularidades culturales. Este punto es importante porque nos remite al campo del manejo y uso de prácticas y saberes médicos por parte de la población en general, aspecto que ha sido una constante a lo largo de la Historia en todas las culturas, civilizaciones y pueblos del mundo. La socialización del conocimiento es, a no dudarlo, una forma de contrapoder que cuestiona la monopolización, el control y la restricción. Si bien es cierto que el conocimiento médico también otorga poder a los profesionales formados para ejercerlo –y que históricamente han estado más bien articulados a los poderes de turno–, nos interesa resaltar aquí el potencial que dicho conocimiento tiene para empoderar al conjunto de la sociedad. La práctica médica en manos de las mujeres, de las familias, de los promotores comunitarios, de los agentes informales de salud, etc. plantea un contrapeso a cualquier modelo hegemónico que se base en el reducto del ejercicio médico.

A partir del posicionamiento del curandero o shamán en las sociedades primitivas fue posible establecer esa especie de fusión entre saber médico y saber religioso, común a todas las sociedades conocidas. Cuando los españoles llegaron a América se percataron que “de la multitud de dioses aborígenes, había algunos que estaban dedicados a la protección de la salud y la lucha contra la enfermedad. El primer contacto que tuvieron con la religión de los pobladores del antiguo Ecuador, fue con una divinidad protectora de la salud” (Estrella y Crespo-Burgos, 2002). En otros lugares y épocas ocurrió algo similar. En los tiempos inmemoriales del Código de Hammurabi, que norma entre otros aspectos las responsabilidades del médico, se asignó a la enfermedad características sobrenaturales y demoníacas, frente a las cuales se creó una intrincada estructura de tabúes y creencias que

repercutían en las conductas y hábitos de la población. En enfermo era indagado, desde un óptica completamente moral, sobre posibles comportamientos que pudieran explicar su enfermedad (¿has mentado, has insultado, has trampeado?), con lo cual el médico terminaba actuado como un agente de la autoridad, como una especie de representante del poder político.

La aplicación de conceptos teocráticos para explicar y tratar la enfermedad atraviesa, en tanto filosofía de vida dominante, toda la historia de la humanidad, y perdura hasta bien entrada la modernidad; aún hoy sigue conservando vigencia entre muchos grupos sociales (ver también Gramsci, 2004:390). La convicción de la enfermedad como castigo divino es mucho más frecuente y extendida de lo que podamos imaginar. En un estudio sobre los sistemas no formales de salud en el Ecuador se concluye que aunque el curandero es un miembro más de la comunidad, cuyas funciones no le sitúan en mejor posición respecto de los demás, esta relación cambia cuando ejercita dichas funciones, puesto que en ese momento se pasa del ámbito social al sobrenatural. Es ahí que el curandero legitima su poder, “ya que es la única persona capaz de conocer y manipular las fuerzas del universo, tendientes a restablecer no solamente el equilibrio de las personas individualmente consideradas, sino el equilibrio universal...” (Pedersen, 1979).

Durante la Edad Media europea, la sacralización de la sanación tuvo tanta significación que de lo simbólico pasó al más crudo pragmatismo. El célebre “toque del rey” (la imposición de manos) se instituyó principalmente en Francia e Inglaterra. La doctrina de la unción divina de los reyes les otorgaba poderes curativos, de manera especial con ciertas enfermedades. En determinados momentos, multitudes de enfermos acudían al rey para que les sanara al simple contacto de su mano: “Le Roi te touche, et Dieu te guérit”⁷. Esta es quizás la fusión más palpable de medicina y política, que, por lo demás, plantea un interrogante: si el poder político cura al individuo, ¿por qué no puede por añadidura curar también a la sociedad? En este ejemplo no puede haber evidencia más obvia sobre la elaboración de una ideología de la curación social basada en la aplicación de un modelo médico.

Pero la idea de la “curación” de la sociedad tiene sus raíces en los tiempos más remotos de la Historia conocida. Si la medicina más básica se enfocaba en la necesidad de combatir a la enfermedad como un símbolo del mal que atacaba al organismo biológico, no

⁷ El Rey te toca y Dios te cura.

era difícil extender esta visión hacia el combate a los males que afectaban al organismo social. “Combinada con la idea del progreso, la utopía de la humanidad sana llegó a prevalecer sobre el ideal de modelos concretos y específicos de funcionamiento característicos de cada tribu o polis” (Illich, s/d). No es casual que todas las civilizaciones hayan adaptado un sistema conceptual médico al discurso político, con la finalidad de explicar el funcionamiento de la sociedad y designar sus principales falencias. Sivin señala que en la antigua China se consideraba que la referencia a temas políticos ayudaba al razonamiento clínico. En un libro que probablemente data del siglo I A.C. (el Canon Secreto del Señor Amarillo), que contiene diálogos entre los consejeros y el emperador, la solidez del microcosmos somático y político depende de principios idénticos: gobernar y curar (ambos denominados *zhi* o *traer orden*) son conceptos similares. La idea de que la enfermedad es el resultado de las acciones o pensamientos incorrectos tiene consecuencias políticas cuando interviene la autoridad pública (Sivin, 1988:53, TdA). Según Eric Hobsbawm (2011:44), cuando Marx describió su proceso de desarrollo intelectual en el prefacio de su *Crítica a la Economía Política*, expresó que la economía política era la “anatomía de la sociedad civil”.

De este modo, a lo largo de los siglos hemos acumulado y estructurado un conjunto de términos médicos comúnmente aplicados al mundo de la política, de la sociología, de la economía o del derecho: cáncer, lacra, descomposición, contagio, enfermedad, infección, paliativo, paños de agua tibia, extirpar el mal de raíz... Simbólicamente, la medicina ha extendido sus dominios al campo de las ciencias sociales con indudable éxito.

Cuando los griegos empezaron a estructurar, desde la filosofía, un cuerpo doctrinario que ordenara el funcionamiento de la sociedad en sus distintas facetas, las analogías entre el cuerpo humano, la conducta de las personas, las normas de convivencia social y la constitución del régimen político fueron frecuentes. En las reflexiones sobre un tema recurrente en la Grecia antigua, el de la templanza y el autocontrol sobre los placeres y las pasiones, se presta mucha atención a la relación que existiría entre la fortaleza y la debilidad del individuo y sus repercusiones en la administración del hogar y en el manejo de la cosa pública. Un hombre que tenga la firmeza suficiente para gobernarse y evitar desbordes internos, sería por extensión un buen jefe de hogar o un gobernante sabio. Ahora bien, si las virtudes del individuo no estaban determinadas únicamente por fundamentos morales, sino que dependían también de sus condiciones de salud, de sus hábitos alimenticios, de su higiene o del cuidado de su cuerpo —es decir de aquellos campos que eran competencia del médico—,

el manejo de la ciudad requería igualmente de una medicina política. El médico sabio estaba encargado no solamente de curar al paciente, sino de proveerle de una armadura racional para el conjunto de su existencia (Foucault, 2010a:117). Este paciente, en cuanto individuo, era el que después, armado de virtudes, podía contribuir con una administración provechosa del Estado. Los griegos establecieron así tres artes de gobernar: el médico frente a la enfermedad, el timonel antes los escollos y el político en la ciudad. Dichas artes exigían saber y prudencia, y se emparentaban porque las tres están asociadas con una capacidad para mandar (Foucault, 2010a:152).

Pero fueron los nazis quienes llevaron esta relación a extremos perversos, al paroxismo de la crueldad. En un corto artículo sobre la influencia de la medicina en la política, Krakauer señala que, en muchos aspectos, la industria de la muerte organizada por el Tercer Reich respondió a un propósito médico. Prominentes teóricos del nacionalsocialismo, incluyendo a Hitler y al doctor Alfred E. Hoche, utilizaron un lenguaje médico para formular los proyectos políticos (Krakauer, 1991, TdA). Su intención no era otra que “mantener la salud y la pureza” del cuerpo social frente a la amenaza de ciertos agentes patógenos como los judíos, los comunistas y los homosexuales. No es casual, añade el autor, que entre los miembros del partido Nazi que tenían título universitario, “los médicos constituían el grupo más numeroso” (Hanuske-Abel, 1986, citado por Krakauer, 1991, TdA).

La primera alusión que hemos encontrado sobre una relación directa entre medicina y política en América Latina corresponde a Arturo Escobar cuando analiza el desarrollo de la región durante la II Guerra Mundial (Escobar, 1996). En aquellos años se empezó a hablar de desarrollo industrial y económico como consecuencia de la percepción de las élites de una posible amenaza de las clases populares. Se incrementó el intervencionismo estatal y se apostó por el crecimiento de la producción como condición para el progreso social. Citando a Pécaut (1987) Escobar señala que esa conciencia coincidió con la *medicalización* de la mirada política, al punto que las masas comenzaron a ser percibidas no en términos raciales como antes, sino como seres enfermos, malnutridos y fisiológicamente débiles que requerían de una acción social sin precedentes. No obstante, esta apreciación es, en cierta medida, una aplicación técnica e instrumental de la idea difundida en el siglo XIX por Rudolf Virchow, uno de los padres de la medicina moderna, para quien “la política no es más que la medicina a gran escala” (citado por Lieban, 1977).

Esta inclinación por la asepsia social ha tenido manifestaciones peligrosas como consecuencia de la idea de eliminación inmediata y agresiva de los agentes patógenos característica del modelo biomédico. Desde el ejercicio del poder político se suele atribuir a los adversarios las responsabilidades sobre los males sociales (es decir, se los califica como agentes socio-patógenos), lo cual justifica el deseo de aniquilarlos. El populismo latinoamericano, por ejemplo, ha construido su discurso –aunque solo sea desde una óptica demagógica– a partir de la necesidad de eliminar a la oligarquía en tanto enemiga del pueblo y causante de todos los males sociales. De igual manera, la oposición es vista desde el poder más como un estorbo que como una necesidad. Muchas fuerzas políticas de izquierda o de derecha no admiten ni siquiera la posibilidad de existencia de sus antagonistas bajo el argumento de que “contaminan, envenenan o corrompen” al cuerpo social.

Compete al ámbito de la epistemología determinar cuánto del conocimiento médico ha configurado tanto al conocimiento político como al sociológico, cómo las ciencias sociales incorporaron una visión médica a sus distintos sistemas teóricos, hasta dónde el organicismo biológico ha tenido influencias civilizatorias, cuánto del imaginario político y social a lo largo de la Historia ha tomado como referente al ciclo vital del ser humano más que al de la propia naturaleza. Lo que no se puede ocultar es que el conocimiento médico, su léxico, sus diferentes interpretaciones y explicaciones sobre la realidad ambiental, social e individual, sus prácticas, etc. han mantenido y mantienen una presencia constante y rutinaria en la vida de todas las sociedades. Como lo precisa Menéndez en su análisis sobre el punto de vista del actor, el proceso de salud/enfermedad/atención es un fenómeno universal que opera en toda sociedad y conjunto social. Los episodios patológicos forman parte de los procesos sociales donde se construye colectivamente la subjetividad, y el sujeto, desde su nacimiento, se constituye en parte a través del proceso de s/e/a. Inclusive en sociedades con mejores estándares de salud este proceso domina la vida cotidiana, sobre todo por las estrategias y creencias orientadas a potenciar la salud y demorar el envejecimiento (Menéndez, 2002:309-310). Esta situación es más obvia en la sociedad moderna, teniendo en cuenta la extrema medicalización que impone el modelo biomédico, así como su capacidad para invadir la cotidianidad y el espacio social/familiar. La dependencia o la adicción a los fármacos, por ejemplo, son formas muy particulares de construir la subjetividad, de moldear hábitos, de reforzar imaginarios, de estructurar formas concretas de vida o de organizar las actividades diarias de las personas.

Si bien esta determinación de la medicina sobre la cultura es más evidente y extensa con la entronización del modelo biomédico en la sociedad occidental (como lo analizaremos a profundidad más adelante), no se debe menospreciar esta influencia en el caso de otros modelos, otros tiempos y otras culturas. La asociación primigenia entre religión y medicina es, obviamente, una expresión de poder en las sociedades primitivas. Y aunque no se puede aplicar un análisis estrictamente político a sociedades carentes de Estado, de estructuras formales de poder y, en resumen, de polis, tampoco es pertinente dejar de considerar las relaciones jerárquicas que se establecen a partir de las disposiciones y normas médicas establecidas desde la autoridad. La sacralización de la curación colectiva e individual estaba claramente regulada en la mayoría de pueblos de la antigüedad, mediante una ritualidad definida en el calendario o articulada a episodios circunstanciales (pestes, calamidades naturales, agresiones externas). Las ceremonias de sanación del grupo social, es decir una medida con contenido y finalidad políticos, estaban definidas desde la autoridad médica. En los pueblos más avanzados, aquellos que alcanzaron dimensiones civilizatorias, la facultad concedida al brujo, shamán, curandero o médico para eliminar la enfermedad, o sea el mal corporal, implicaba indudablemente la asignación de facultades políticas, puesto que podía curar al soberano y, por extensión, al resto de la colectividad. En todos los pueblos referidos, la presencia del médico junto a la máxima autoridad es una constante generalizada, siempre ungido de un áurea de sabiduría, poder y misterio. Eran indiscutiblemente elementos ligados al poder político. En el mundo árabe del Medioevo, por ejemplo, *al hakim* (el médico) era sinónimo de “sabio maestro”. En el antiguo Egipto el rol del médico también estuvo asociado al poder político. Era este el que asistía en última instancia al faraón moribundo a fin de facilitarle su tránsito al más allá, y luego el que aseguraba la inmortalidad del poder mediante la momificación.

La influencia de los médicos en las civilizaciones antiguas era de tal importancia que la profesión se perpetuaba por herencia familiar. Esta circunscripción de la sanación fue la primera medida para contrarrestar la socialización de los saberes médicos propios de las sociedades comunitarias. En la medida en que el conocimiento médico fue restringiéndose a un “especialista”, también fue articulándose al poder político, en una urdimbre de representaciones, recomendaciones, normas, decisiones e iniciativas funcionales al ejercicio de la autoridad. Del brujo estrechamente ligado al jefe de la tribu, al médico cortesano de los antiguos Egipto, Asiria, Persia o China, únicamente hay un tránsito de escala. En esencia, se

trata de la misma relación de poder. La diferencia radica en que en el caso del brujo, la ausencia de Estado no hace posible la funcionalidad política de la medicina. Es la existencia de una estructura estatal básica la que confiere al saber y al ejercicio médicos condiciones institucional y autoridad formal. A partir de ese momento la medicina empieza a cumplir un papel concreto dentro de la estructura de poder de la sociedad, influyendo de manera directa en las formas que van adquiriendo las relaciones sociales. Dado que el proceso de salud/enfermedad está determinado por las relaciones entre individuos y grupos sociales, la intervención de la autoridad médica en ese campo, como expresión del poder político, tiene la posibilidad real de modificar y aun moldear dichas relaciones.

Pero esa relación de mutuo condicionamiento entre medicina y política no establece, necesariamente, formas ni jerarquías definitivas. A lo largo de la Historia, y dependiendo de la evolución particular de cada sociedad, cada una de ellas ha alcanzado una mayor o menor influencia o determinación sobre la otra, así como manifestaciones muy específicas. Por ejemplo, en la Roma antigua el ejercicio de la medicina no estaba considerado un oficio de renombre, y la propia disciplina estaba muy lejos de equiparse con el derecho, la filosofía o las artes (incluida el arte de la guerra). El médico que no lograba curar podía ser severamente castigado y, dependiendo de las circunstancias, hasta eliminado. No obstante, el médico siempre fue un recurso imprescindible en el ejercicio del poder político, sobre todo cuando este se expresó en procesos de expansión militar y conquista: todo general llevaba a su lado a un galeno. Por ello sorprende que en los análisis sobre los procesos de conquista y dominación se haya prestado tan poca atención al factor médico como elemento de consolidación de una forma de poder; se analiza el papel de la religión, de la lengua, del modelo productivo o de la educación, pero casi nunca se menciona a la medicina. Por obvias razones, todo proceso de conquista debía contar con la presencia de un médico (o de un sucedáneo).

Es importante señalar, sin embargo, que existen épocas y circunstancias en que el saber y la práctica médicos sufrieron alguna desvalorización. Este fenómeno pudo haberse producido a partir del momento en que se desarrollaron las ciudades-Estado de la Antigüedad, en lo que Edgar Morin designa como la sociedad histórica. El crecimiento y la concentración demográfica condujeron, entre otros aspectos, a la jerarquización y a la especialización de las funciones sociales, especialmente del trabajo. La integralidad de conocimientos y funciones

de la sociedad comunitaria, que según Morin configuraron un ser humano con una personalidad más compacta, cedió el paso a la fragmentación y a la consecuente dominación de unos hombres sobre otros. El desarrollo de las metrópolis creó un ambiente favorable para el surgimiento tanto del individuo autónomo como de la conciencia (Morin, 1973), momento a partir del cual el cuerpo empieza a perder importancia frente al espíritu y a la razón. La humanidad se vuelca a explicar y resolver los fantasmas que atormenta al pensamiento y se interesa menos por explicar y resolver los problemas que aquejan a la carne.

No es que la salud haya dejado de ser un bien apreciado, pues al fin y al cabo todos somos conscientes de que en ella radica la vida; simplemente que su cuidado y atención fueron encomendados a profesionales de menor jerarquía social e intelectual. Tratar con purulencias, fiebres o secreciones jamás podía equipararse con el tratamiento de asuntos que concernían a la existencia humana, al cosmos, al alma o a la divinidad.

Esta situación fue particularmente evidente durante la Edad Media (al menos en lo que respecta a Occidente) cuando la medicina ocupó un lugar subordinado dentro de la estructura de las ciencias y las artes. La asociación de la enfermedad con factores divinos obligaba a la búsqueda teológica de explicaciones y respuestas. Sin prescindir del médico –pero tomándolo como un simple operador–, la gente tenía que encomendarse a dios para solucionar sus problemas de salud. La magia de las sociedades primitivas fue remplazada por el misticismo medioeval, que complementaba su intervención con los aportes de una disciplina –la medicina– aún en estado primario o completamente empírico. Muchas dolencias eran atribuidas a factores naturales o ambientales, en cierto, pero en esencia era dios quien tenía la última palabra. Fue tan absorbente esta visión religiosa de la salud/enfermedad que Europa ni siquiera fue permeada por lo que ocurría en el mundo árabe tal solo al otro lado del Mediterráneo (y luego en su mismo territorio, en el Califato de Granada).

Puede entonces afirmarse que durante esta larga etapa de la historia de Occidente la medicina se desempeñó como un **instrumento** de poder más no como un **factor** de poder. Totalmente subordinada a la ubicuidad del control ideológico-político sustentado en la religión, le fueron asignadas labores más bien pedestres y utilitarias. Es más, difícilmente se puede asignar la caracterización de modelo médico a un conjunto de prácticas y rituales que combinaban las técnicas más elementales con la fe y hasta con la superstición.

1.1.1. El paradigma biologista

El desarrollo de la anatomía a partir del Renacimiento no solo que allanó el camino para la posterior separación del cuerpo y de la razón operada por el positivismo, sino que cambio radicalmente la visión de la medicina. En correspondencia con la concepción mecanicista del universo que se impuso luego de los primeros grandes descubrimientos de la física, se comenzó a interpretar al cuerpo humano con parámetros similares. A mediados del siglo XVI, Andrés Vesalio publica su célebre “De humanis corporis fabrica”, manual imprescindible para la formación médica durante los siguientes cuatro siglos: era el cuerpo humano visto como una estructura arquitectónica o, más propiamente, como una máquina.

A partir de ese momento se impuso una preocupación constante y ascendente por alcanzar explicaciones científicas a los “desperfectos” del organismo humano, proceso que abrió las puertas a la irrupción triunfal de la biología como ciencia predilecta en el análisis y tratamiento de las enfermedades. El cuerpo humano era una “máquina de vida”, cuyas manifestaciones debían responder a una causalidad mecánica. Foucault (2011b:131-132) plantea que esta visión médica facilitó la estrategia del poder político hacia el control y la administración de la vida humana, desde dos formas o polos: uno, al que denomina anatomopolítica del cuerpo humano, se preocupó por el adiestramiento del cuerpo, el aumento de sus aptitudes, el crecimiento de su utilidad y docilidad; el otro, al que denomina biopolítica de la población, se encargó del cuerpo en tanto especie: proliferación, nacimientos, mortalidad, nivel de salud, longevidad. “Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida”.

La mecanización del cuerpo produjo entonces una separación epistemológica entre aquel segmento de la ciencia que debía encargarse de curar el cuerpo y ese otro, aún restringido al estricto ámbito de la teología, que se encargaba de curar el alma (cabe recordar que todavía no aparecía la psicología). Las enfermedades del cuerpo requerían de mecánicos especializados en el funcionamiento de ese organismo vivo lleno de órganos y conexiones. Y, a medida que se avanzaba en el descubrimiento de la estructura (anatomía) y del funcionamiento (fisiología) de ese territorio de carne y huesos, y que se desarrollaban todos los inventos y técnicas destinadas a conocerlo con mayor profundidad, fue imponiéndose una concepción absolutamente biologista de la salud. La existencia física, la *bío*, empieza a

conquistar un lugar predominante dentro del imaginario social y científico. La posibilidad de curar muchas enfermedades alberga la aspiración de una prolongación indefinida de la vida humana, tentación nada desdeñable mientras se espera la llegada de la vida eterna. La posibilidad y perspectivas de la vida terrenal entran en franca competencia con aquellas de la vida celestial. A codazos, la materia se abre paso en un mundo dominado por las ideas. Al mismo tiempo, el modelo científico cartesiano sirve de fundamento para el diseño de lo que posteriormente se conocerá como modelo biomédico.

1.1.2. El modelo andino de salud como paradigma integral

Teniendo en cuenta que la investigación en curso tiene como ámbito de estudio la cultura política ecuatoriana, no está por demás hacer un somero recorrido por las características de lo que algunos antropólogos y científicos sociales denominan modelo andino de salud. La importancia de este acercamiento radica en la concepción de integralidad que dicho modelo aplica, lo cual nos permite ensayar algunas comparaciones con el modelo biomédico, caracterizado por su dualismo corporal-espiritual. Cabe señalar, además, que las manifestaciones de esta integralidad pueden –afortunadamente– ser observadas y estudiadas en forma directa hasta la actualidad, puesto que la medicina indígena sigue preservando sus componentes básicos (entrevista Q-1504, 2012). Para una profundización del tema hemos recurrido al informe elaborado por Pedersen y otros sobre los sistemas no formales de salud en el Ecuador; esta investigación incluyó a comunidades indígenas y afroecuatorianas (Pedersen, 1979). Los elementos que se plantean a continuación están basados en este documento (ver también el trabajo de Herrera Montero y Guerrero Arias, 2011).

Los conceptos de equilibrio y armonía que predominan en la cultura indígena andina se refieren tanto a la interioridad del individuo como a su relación con el entorno. Los factores ambientales representan al mismo tiempo un hábitat natural y una expresión simbólica de la espiritualidad. Además, el ser humano está integrado por un componente somático (mi cuerpo) y otro espiritual (mi alma) que, aunque tienen características particulares en su desarrollo y maduración, están profundamente interrelacionados; la magnitud del daño o enfermedad en uno de ellos puede provocar manifestaciones en el otro.

Esta relación de integralidad se aplica también al campo de la salud y, por consiguiente, a las respuestas médicas frente a cualquier situación de desequilibrio. Y al ser la salud un componente inseparable de esa totalidad socio-espiritual, su interpretación y manejo incluye no solo a aquellos elementos naturales relacionados con el cuerpo, el entorno y los síntomas de la enfermedad, sino también a las instituciones sociales, a los valores culturales y a los referentes históricos de la comunidad. En estas condiciones la enfermedad tiene orígenes multicausales: individuales, familiares y comunitarios; en tal virtud, las respuestas exigen una visión holística al proceso salud/enfermedad. La forma como se categoriza a las enfermedades permite entender la epidemiología de una comunidad o un pueblo, el ordenamiento lógico de su sistema de salud y el comportamiento de la gente. La visión occidental biomédica tiene limitaciones para entender esta categorización, porque segmenta la realidad, desintegra su dinámica y parcela al individuo.

Es más, el modelo biomédico, con toda su parafernalia técnica y modernizante, ha logrado transformar o eliminar muchos ritos comunitarios alrededor de la enfermedad y hasta de la muerte. Esta última termina reducida a un episodio individual hospitalario que debe ser ocultado, negado o disimulado. Al transformar estos dos elementos fundamentales para una concepción integral sobre la vida y el cosmos, modifica la cultura de la comunidad. Al mismo tiempo, el modelo biomédico contrapone ciertos fundamentos de la práctica médica que resultan incompatibles con un manejo integral del proceso salud/enfermedad; por ejemplo, provoca el rompimiento de la confianza entre el médico y el paciente (entrevista Q-1206, 2012), la cual, en la medicina indígena, actúa como un complemento indispensable del equilibrio general del proceso. En el modelo andino, la convicción en la sabiduría del curador plantea una certidumbre que involucra al paciente en el proceso y que fortalece las relaciones humanas y sociales. Como lo señala uno de los entrevistados, “no conozco a un paciente que pida una segunda opinión en la medicina tradicional” (entrevista Q-1206, 2012).

En los planos social y político, la consecuencia lógica de esta forma de concebir y manejar el proceso salud/enfermedad no puede ser otra que la existencia de la comunidad. No solo por el componente de integralidad mencionado, sino porque la socialización de la enfermedad implica también formas de socialización del poder que viabilizan las respuestas colectivas. Al ser la enfermedad parte de una totalidad social, la respuesta médica debe también alcanzar esa condición. Eso explica que el curandero ostente poder únicamente cuando actúa como tal (es decir, cuando restablece el equilibrio universal), y que luego vuelva

a su condición de simple miembro de la comunidad. En cierta medida, el curandero o yáchak viene a ser la condensación de una pequeña parte de todos los miembros de la comunidad.

Es necesario aclarar, sin embargo, que la denominación de modelo andino de salud nos remite a un universo delimitado por características históricas, geográficas, sociales y étnicas que, sin ser absolutas ni exactas, definen límites bastantes evidentes en la subregión. En un interesante estudio sobre la propuesta de interculturalidad en salud en Bolivia, Susana Ramírez Hita (2011) cuestiona los límites de esta denominación porque se refiere básicamente al sistema aplicado por los pueblos quechua y aymara, con lo cual excluye a los otros sistemas de salud indígena de ese país, además del que ella caracteriza como sistema religioso (y que se refiere a las estrategias de atención desarrolladas por las iglesias evangélicas). Esta lógica estaría provocando una suerte de imposición andinocéntrica sobre los demás grupos y pueblos. Según esta autora, la reivindicación meramente cultural de los sistemas no occidentales les genera altos riesgos de desestructuración, puesto que no les permite impugnar las desigualdades estructurales y las relaciones de poder que están en el fondo de la dominación epistémica, política, técnica y administrativa del modelo biomédico. Es en la particularidad e independencia de cada sistema –el pluralismo médico– donde radicaría su potencial de desarrollo.

Es innegable que la integralidad de un modelo médico genera una sólida cultura de participación social. La articulación cuerpo-espíritu-entorno horizontaliza la mirada médica por cuanto amplía el universo observado. La inclusión de muchos y variados elementos en el fenómeno de la enfermedad favorece un conocimiento de tipo extensivo, frente al conocimiento de tipo intensivo –y concomitantemente vertical– de la biomedicina. Al centrar esta última su atención en el elemento biológico, simplemente reduce el horizonte y la amplitud del proceso salud/enfermedad y prioriza el rol del médico y, sobre todo, de la tecnología. Por el contrario, el modelo médico andino involucra en el proceso a toda la comunidad.

Este análisis de la integralidad podría extenderse a los modelos médicos orientales, la mayoría de ellos históricamente anteriores al modelo andino. Aunque no son el propósito del presente estudio, ni se cuenta con información suficiente para hacerlo, podría sin embargo insinuarse que estas concepciones sobre la salud pudieron haber facilitado y favorecido la implantación de un modelo político como el de la China socialista y de otros regímenes similares en Asia. No hay que olvidar que, al menos para el caso de China, se generalizó

desde el Estado el programa de “médicos descalzos”, que no era otra cosa que la recuperación y potenciación de los milenarios curadores comunitario dentro de un sistema masivo de salud preventiva y atención primaria⁸. Habría que preguntarse si el posterior desmantelamiento de ese proyecto no fue una condición indispensable para la reimplantación del capitalismo en ese país.

Por otro lado, también debería analizarse si las filosofías orientales ampliamente difundidas en Occidente desde mediados del siglo XX, entre las cuales destacan prácticas médicas, alimentarias, religiosas y espirituales con un fuerte fundamento de integralidad, no están detrás de ciertas prácticas culturales que han logrado una importante influencia en sectores medios e intelectuales de nuestra sociedad. En el ámbito médico, por ejemplo, la institucionalización y el reconocimiento oficial de la acupuntura como técnica curativa crea referentes que actúan como un contrapeso crítico a la biomedicina.

1.2. LA MEDICINA EN LA MODERNIDAD

1.2.1. La construcción de modelos

Corresponde a la modernidad capitalista la posibilidad de haber elaborado el concepto de modelo como elemento indispensable para la construcción y desarrollo de teorías científicas y de inventos prácticos. La necesidad de la comprobación, de la formulación de leyes y de la repetición experimental requería de referentes estables, estructurales y fácilmente transmisibles, dentro de la estrategia de colonización epistemológica que impuso la consolidación del capitalismo eurocéntrico. La difusión y generalización de una nueva visión del mundo, basada en el paradigma de la ciencia positiva, necesitaba de instrumentos prácticos que permitieran incorporar y subordinar a todas las formas posibles de pensamiento. Los modelos, entonces, se convirtieron en una suerte de guías para orientar la producción de conocimiento a escala mundial⁹. La universalización del conocimiento, que ha sido uno de los instrumentos de poder más efectivos de Occidente, encontró en la idea de modelo su forma de realización concreta. De esa manera fue posible diseminar por todos lados una serie de esquemas teóricos para la elaboración y aplicación de las distintas ciencias y artes que se

⁸ En su momento de apogeo, estos llegaron a cubrir alrededor del 90% de la demanda a nivel rural.

⁹ El término *mundial* debe ser entendido no como totalidad planetaria, sino como las sucesivas dimensiones que iba alcanzando el mundo conocido como efecto de la expansión capitalista.

habían desarrollado a partir del Renacimiento (no es casual que la palabra *modelo* tenga raíces italianas).

Adicionalmente, y como consecuencia de la capacidad inventiva que se desata en aquella época, los modelos teóricos fueron complementados por una serie interminable de modelos industriales que refrendaban la fe universal en los milagros de la ciencia y la técnica. La mecánica se impuso en todos los órdenes de la vida humana y, como ya lo señalamos, alcanzó también a la medicina.

El concepto de modelo es fundamental para entender el proceso de consolidación compartimentada de las diferentes disciplinas que se van imponiendo en los siglos posteriores, hasta alcanzar, como en el caso de la medicina, un sitial privilegiado tanto en la jerarquía académico-científica como en la estructura social y cultural de la sociedad contemporánea¹⁰. A fines del siglo XIX y principio del XX, la medicina ya había conformado un coto respetable en el mundo científico y profesional, y empezaba su persistente proceso de penetración y enraizamiento en el imaginario social, en la psicología individual y en los hábitos colectivos. Al igual que la economía, la física, la biología o la química, desarrolla una porción considerable de vida autónoma que le permite abstraerse de los condicionamientos políticos y económicos de turno y desarrollar una dinámica propia como ciencia y como espacio de intereses particulares; en cierta medida se convierte en un **factor** de poder en tanto ámbito de producción y control de conocimiento especializado. Ya no se limita a responder únicamente a las demandas y exigencias del sistema, sino que define –aunque sea parcialmente– unos objetivos y aspiraciones independientes. Es precisamente esa porción de independencia la que, en contrapartida, ha permitido el surgimiento de una medicina crítica, contestaría y alternativa, es decir, de formas de contrapoder al modelo médico oficial.

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, un modelo es un “esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento” (DRAE, 1994). Es por demás obvio que nos topamos aquí con una definición muy posterior a la que originalmente se refería al modelo como un arquetipo a ser imitado o reproducido; dicho de otro modo, nos enfrentamos con una profundización del concepto a partir del desarrollo científico de la modernidad occidental, donde la apelación a los fundamentos

¹⁰ Tan solo un siglo antes de que fuera incluida como una de las ciencias galardonadas por el premio Nobel, la medicina aún tenía la connotación de oficio.

matemáticos nos remite, de manera inevitable, al terreno de la razón instrumental. Es el predominio del paradigma cartesiano¹¹.

Desde el campo de la antropología, Menéndez propone, por su parte, una definición interesante tanto para el concepto de modelo como de modelo médico:

Por “modelo” vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez, 1984).

Esta definición contempla elementos mucho más acordes con la función social y política de la medicina, y nos aleja del cientificismo que se pretende imponer a esta disciplina desde la visión biológica. En ese sentido, es una definición que se acomoda mejor con la presente investigación.

No obstante, en este punto es necesario hacer algunas precisiones respecto de lo que vamos a entender por sistema médico, por cuanto se trata de un concepto estrechamente relacionado con la caracterización de cualquier modelo de salud y que muchas veces se presta a confusiones. El **sistema médico** es un elemento constitutivo del **sistema de salud**. Este último está entendido, de manera muy general, como el conjunto de servicios, instituciones y recursos humanos encargados de preservar las condiciones de salud de una población determinada. Su organización está sustentada básicamente en pilares técnicos, administrativos y funcionales. Aunque desde una visión convencional se considera que la forma en que se estructura está determinada por factores históricos y culturales, muy pocas veces estos son tomados en cuenta a la hora de analizar y planificar su funcionamiento.

El sistema médico, en cambio, se refiere a los elementos que intervienen e interactúan en el proceso de ejercicio de la medicina como ciencia y como práctica; en ese sentido,

¹¹ Sería interesante conocer a partir de qué momento del desarrollo de las ciencias modernas, y desde qué disciplina científica en particular, se empezó a utilizar y aplicar este concepto de modelo.

constituye un ámbito central para el estudio, análisis y explicación teórica del modelo médico. Esta precisión es importante por cuanto desde la literatura médica y de las ciencias sociales se tiende con frecuencia a homologar o confundir ambos conceptos.

Los sistemas médicos pueden existir sin sistemas de salud. Esta constatación ha sido uno de los mayores aportes de la antropología médica, sobre todo como resultado de las investigaciones realizadas en el campo de la medicina no formal (comunitaria, tribal, ancestral, pre-moderna, campesina, “primitiva”, popular, etc.) y de su efectividad terapéutica (Cfr. Moerman, 1979). Por ello son tan relevantes las definiciones al respecto desarrolladas desde esta disciplina científica.

Landy, por ejemplo, empieza estableciendo las características de la medicina para luego definir lo que considera un sistema médico. Para él, la medicina consiste en

aquellas prácticas culturales, métodos, técnicas y sustancias que, incrustadas en una matriz de valores, tradiciones, creencias y patrones de adaptación ecológica, proveen los medios para el mantenimiento de la salud, la prevención y el mejoramiento de las enfermedades de una colectividad. El sistema médico, por su parte, sería la organización de las estructuras sociales, de las tecnologías y de los recursos humanos que permiten ejercer y conservar dicha medicina, o transformarla como respuesta a los desafíos intra o extra culturales (Landy, 1977, TdA).

Esta definición refleja una concepción dialéctica e integral del sistema médico, que supera la tradicional representación tecnocrática de una estructura institucional formal, cuya expresión más común es un organigrama funcional graficado. Se trata, muy al contrario, de la constatación de un permanente proceso de deconstrucción de la medicina, donde los actores sociales e individuales tienen un rol significativo.

Leslie, por su parte, concibe a la medicina como un sistema cultural y social, lo cual introduce elementos que recogen e integran relaciones humanas dinámicas y estructuras de poder en constante contradicción. “Como sistema cultural la medicina es una organización de conceptos, teorías y prácticas normativas. (...) Como sistema social es un conjunto de roles ocupacionales, relaciones funcionales y estructuras institucionales. La medicina es parte de la división del trabajo, más o menos diferenciada de otras actividades. Desde esta perspectiva, un sistema médico es un sistema de roles especializados” (Leslie, 1977, TdA).

Esta definición está ampliada por la que hace Seppilli a propósito del sistema biomédico: “Sistema, ciertamente diferente [de los demás sistemas estudiados por la antropología médica], por basarse en el método científico (...), pero al mismo tiempo, al igual que los otros sistemas, *institución social y estructura de poder*, y como los otros, en cada caso, *aparato ideológico-cultural y organizativo históricamente determinado*” (Seppilli, 2000, cursivas en el original). El autor resume los componentes básicos y los principales ámbitos de influencia del sistema biomédico, aunque prescinde de utilizar abiertamente el término **político** (pese a que habla de estructura de poder). Esta excepción se explica por la escasa reflexión que existe sobre las repercusiones del modelo biomédico en la cultura política de una sociedad, y que justamente ha motivado la presente investigación. El mismo autor, en otra parte del artículo citado, señala que el sistema biomédico ha sido examinado en un gran número de contextos, y a continuación hace un extenso y pormenorizado listado que, coincidentemente, excluye las alusiones a la cultura política. No obstante esta omisión, el aporte de Seppilli es extremadamente útil para nuestro estudio, y al mismo tiempo nos permite aclarar la relación entre sistema y modelo biomédicos.

1.2.2. El modelo médico hegemónico universal

La posibilidad de que la ciencia médica haya alcanzado espacios y niveles de autonomía dentro de la estructura social se presenta básicamente como una consecuencia del desarrollo capitalista de los últimos dos siglos. Históricamente, el modelo biomédico se instauró en los países industrializados como una necesidad para asegurar la reproducción del trabajo. El vertiginoso avance del capitalismo en Europa y Estados Unidos, sobre todo a partir del siglo XIX, que trajo todas sus secuelas sanitarias derivadas de las pésimas condiciones de vida de los trabajadores, obligó a la intervención del Estado como forma de amortiguamiento de la conflictividad social. Nace entonces la salud pública como estrategia de atención orientada principalmente a ese sector mayoritario de la población. “En sentido último, la salud pública como campo independiente de estudio y de práctica es, en efecto, el intento de la sociedad por controlar el comportamiento de sus miembros, de acuerdo con lo que los grupos dominantes y el sistema de valores imperante definen como el bienestar para la comunidad como un todo” (Landy, 1977, TdA). En esta lógica política, cualquier sistema médico, sobre

todo en lo que respecta a la salubridad y la epidemiología, debía estar estrechamente conectado con los sistemas locales de organización y control social.

Ya para entonces las élites capitalistas habían entendido la importancia de la salud como elemento de la economía, como factor indispensable para la optimización del proceso productivo y la consolidación del sistema. A inicios del siglo XX se incorporó el término capital humano y de la salud al discurso político-económico del mundo desarrollado (Menéndez, 2005b), confirmando con esto que un nuevo engranaje había sido incorporado a la maquinaria productiva del capitalismo. El siglo XX presencié cómo la medicina (al igual que la comunicación) iba paso a paso alcanzando sitios estratégicos y predominantes en el funcionamiento de la sociedad, hasta convertirse en un factor de poder. Inclusive autores con una innegable raigambre marxista como Jaime Breilh cuestionan las versiones que presentan a la historia de la ciencia médica como un reflejo mecánico de los procesos estructurales, y sostiene que al interior de una tendencia general de determinación estructural, “siempre queda un margen para aquel proceso acumulativo interno de la ciencia que marca su lógica interior y la continuidad relativa” (Breilh, 2010:89; cfr. Gramsci, 2004:35).

¿Es posible que un elemento de la superestructura político-ideológica del Estado, como es una ciencia basada en la construcción de un cuerpo coherente y sistemático de conocimientos, llegue a tener tal peso que pueda por su propia dinámica determinar la organización y el funcionamiento político de una sociedad? Al calor de lo que ocurre con el fenómeno de la comunicación en red en los últimos años, sí es posible plantearse esa hipótesis. De instrumento del poder formal expresado en el control de los medios convencionales, que era la forma clásica como se concibió a la comunicación, esta empieza a actuar como un contrapoder gracias a la horizontalidad de las redes sociales y del Internet.

Es cierto que tanto la comunicación como la medicina han estado –y en buena medida siguen estando– relacionadas con intereses económicos y políticos muy concretos. Gran parte de su desarrollo y operatividad ha respondido a la lógica general del sistema, cuyos parámetros generalmente son definidos desde las distintas instancias de poder. No se puede desconocer que la medicina es parte integral de un subsistema que involucra a productores de equipos e insumos, a inversionistas y grandes financistas, a burócratas y fuerzas armadas, a laboratorios y corporaciones farmacéuticas. Es decir, a actores de la economía que establecen relaciones sociales de producción muy concretas y que, en tal virtud, actúan en el nivel de la infraestructura socioeconómica del Estado. Es evidente que el modelo biomédico fue

paulatinamente construido para darle salida a los intereses, a las visiones y a los conflictos de poder de estos grupos. Pero al igual que ha ocurrido con la comunicación –cuyos hilos de dependencia política, ideológica y cultural formales se han ido poco a poco rompiendo por la irrupción de las redes sociales–, el modelo biomédico actual tiende a reproducir, desde una dinámica epistemológica y una visión del mundo propia –y hasta cierto punto autónoma–, una serie de valores y concepciones que llegan a tener fuerte influencia sobre el comportamiento de una sociedad.

En la relación dialéctica y de mutua determinación entre elementos de la infraestructura socioeconómica y la superestructura político-ideológica del Estado, es posible que la concepción médica hegemónica juegue un rol tanto o más importante que la religión, la educación o el derecho, como lo analizaremos más adelante. Ya Gramsci intuyó esta posibilidad cuando llamó a estudiar la organización cultural que mantendría en movimiento el mundo ideológico (Gramsci, 2004: 380); él prestaba especial atención al peso de las instituciones, entre las cuales incluía, además de a periodistas, sacerdotes, profesores, oficiales del ejército y magistrados, también a los médicos con un rol sobresaliente. Por eso insistió tanto en el potencial autónomo de la actividad política frente al terreno de la vida económica (cfr. Hobsbawm, 2011:326-327).

Aunque nuestra investigación se centra en la influencia del modelo biomédico en la cultura política de la sociedad, no podemos descartar que esta influencia se amplíe hacia el diseño de la organización social, a la configuración de las relaciones sociales y a la propia estructura de poder. En este punto podríamos aplicar la tesis que ensaya Bolívar Echeverría para explicar la relación entre modernidad y capitalismo. Según este autor, la modernidad es una forma histórica de totalización civilizatoria de la vida humana, mientras que el capitalismo es una forma de reproducción de la vida económica del ser humano. “Entre modernidad y capitalismo existen las relaciones que son propias entre una totalización completa e independiente y una parte de ella, dependiente suya, pero en condiciones de imponerle un sesgo especial a su trabajo de totalización” (Echeverría, 2001:146). Este sesgo sería el predominio de la dimensión económica de la vida. Si hacemos una analogía con la relación entre modelo biomédico y sistema político, podríamos hablar de una totalización independiente que se afirma con la imposición del liberalismo como modelo de dominación política de la modernidad, de la cual el modelo biomédico se convierte –particularmente desde finales del siglo XIX– en una parte que le impone un sesgo a esa totalidad que lo

contiene, sesgo que se acentúa a medida que el modelo biomédico desarrolla las formas de autonomía, hegemonía y poder que hemos señalado anteriormente. Si a esta proposición añadimos que el liberalismo constituye la principal matriz política de la modernidad, de cuyo seno surgieron otros modelos de dominación como el fascismo, el socialismo real o el populismo, entonces podemos concluir que el modelo biomédico es un elemento con una fuerte influencia en el funcionamiento de los principales sistemas políticos de Occidente desde hace mucho tiempo.

Por otro lado, si partimos de la constatación de que en toda sociedad existe una autonomía relativa de la salud en manos de los grupos sociales, podemos deducir que cualquier modelo de salud puede desarrollar mecanismos de auto-reproducción, independientemente de los condicionamientos impuestos por la dinámica y los requerimientos del sistema en su conjunto. Esto sería más evidente en el caso del modelo biomédico, tanto por el peso de su influencia en el sistema-mundo capitalista actual como por su increíble adaptabilidad a los cambios tecnológicos y culturales. Podríamos, en este caso, ensayar una pregunta provocadora y quizás algo capciosa: ¿es el modelo biomédico el que en última instancia traza la ruta de los grandes intereses multinacionales de la salud, o son estos los que definen la evolución del modelo?

Es necesario señalar que esta “potencialidad superestructural” del modelo biomédico interviene más allá del esquema estructural del capitalismo para el que originalmente fue diseñado, pues terminó sirviendo para legitimar cualquier sistema político dominante, sin importar su tendencia ideológica. Como lo menciona Menéndez con gran agudeza, ha sido un modelo de salud que ha legitimado, de manera indistinta, a regímenes liberales, fascistas, socialdemócratas, comunistas o populistas. En otras palabras, ha fortalecido una determinada cultura política a partir de rasgos comunes. El desafío, entonces, es descubrir cuáles son esos rasgos y cuáles las coincidencias que lo han hecho tan funcional. Lo que al menos queda claro es que, como producto de la modernidad, el modelo biomédico se adapta a cualquier expresión cultural, social, política o económica de dicha modernidad.

Por ello, al ser el socialismo real una manifestación de la modernidad se explicaría que el modelo empate, en muchos aspectos, con un sistema como el cubano. Lo que puede variar es el carácter privado de su finalidad en un régimen liberal, lo cual permite una acumulación de capital en pocas manos (empresas, profesionales, burócratas); pero el modelo se mantiene en un régimen socioeconómico y político distinto, inclusive con rasgos como la elitización de

los profesionales médicos, aspecto este que en una sociedad socialista tiene repercusiones más chocantes porque pone en evidencia prebendas y desigualdades sociales.

1.2.3. Características del modelo biomédico

Para entender estas similitudes funcionales del modelo biomédico en regímenes tan distintos es necesario identificar sus características más relevantes. Eduardo Menéndez (1988, 2005b) propone las siguientes:

- Biologismo
- Asociabilidad
- Ahistoricidad
- Aculturalismo
- Autoritarismo
- Mercantilismo/ Salud/enfermedad como mercancía.
- Individualismo
- Eficacia pragmática.
- Profesionalización formalizada.
- Legitimación jurídica.
- Relación médico-paciente asimétrica y subordinada/Exclusión del saber del paciente.
- Identificación ideológica con la racionalidad científica.
- Tendencia a la medicalización de los problemas.
- Tendencia a la escisión entre teoría y práctica.
- Tendencias inductivas al consumo médico.

A estas características habría que añadir otras que han sido consignadas en publicaciones anónimas o que pueden obtenerse de fuentes informales y de la propia observación.

Fragmentación. Esta visión se aplica tanto al organismo como a la integralidad del proceso salud/enfermedad. En el primer caso, el cuerpo humano es visto como una sumatoria

de partes orgánicas que pueden ser manejadas en sus respectivos compartimentos. Esta fragmentación incluye a los elementos psicológicos y emocionales. En el segundo caso existe una evidente separación de los factores sociales, ambientales, laborales, culturales y económicos que actúan sobre la salud y la enfermedad.

Mecanización. Al cuerpo humano se lo concibe como una máquina, a la enfermedad como un desperfecto y al médico como un mecánico que la repara. Esta característica está directamente relacionada con la anterior: hay partes que pueden ser “reparadas o respuestas” sin incluir ni afectar a la totalidad del sistema vital.

Racionalidad técnica. Todo fenómeno debe ser medido, probado, demostrado o verificado a través de instrumentos técnicos. No existe lugar para la incertidumbre, y se deja de lado toda especulación personal. La intuición del médico cae en el plano de la superchería. El positivismo se impone sobre el empirismo así como el instrumento se impone sobre la iniciativa humana.

Asimetría. A la relación jerárquica médico-paciente hay que añadirle la relación servicio-demanda. El usuario siempre está a merced del funcionamiento del sistema de salud, de los niveles de eficiencia, calidad, calidez, financiamiento, solvencia, disponibilidad, etc. con que este opera. Una huelga de los servicios de salud, por ejemplo, afecta el derecho de acceso de los usuarios.

Visión curativa. El propósito es tratar con enfermedades y no con pacientes enfermos. La enfermedad está considerada como aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar al margen de las percepciones, creencias y sugerencias del paciente.

Andamiaje teórico reduccionista. Las explicaciones sobre el proceso salud/enfermedad se enmarcan en tres concepciones de corte biologista/positivista: la anatomoclínica, que atribuye el origen de las enfermedades a una lesión; la fisiopatológica, que la atribuye a la alteración de los procesos orgánicos; y la etiológica, que la atribuye a causas externas.

Principio de dominación epistemológica. El modelo biomédico se sustenta en una relación de superioridad del conocimiento racional-científico sobre cualquier otra forma de conocimiento o saber; subordina, neutraliza, descalifica o simplemente elimina los sistemas y/o práctica médicas diferentes. En este sentido, responde a una esencia cultural colonialista. Inclusive al interior de la propia estructura teórica del modelo biomédico se establecen

relaciones de superioridad/inferioridad entre conocimiento especializado y conocimiento general.

Estructura corporativa/burocrática. Las relaciones de poder están basadas en la primacía de las instituciones y de los cuerpos de profesionales (médicos, funcionarios públicos, enfermeras, trabajadores de la salud, técnicos, expertos) sobre los usuarios y la población en general. Toda expresión de informalidad es desvalorizada o queda excluida del modelo.

Lógica utilitaria. Apunta a resolver necesidades puntuales de forma inmediata y práctica. La medicina debe reaccionar ante los problemas de salud más epidérmicos, no ante los problemas de fondo. Actúa como una ciencia de los fenómenos y no de las estructuras.

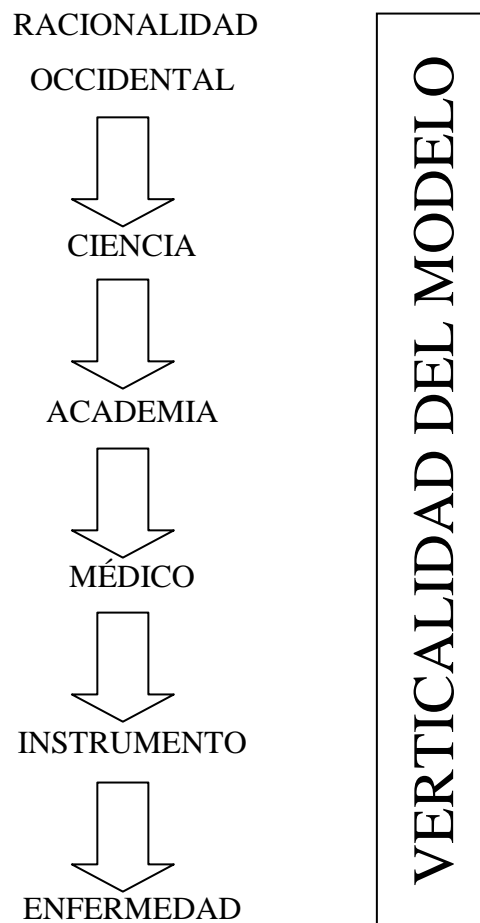
Enajenación. Como lo señala Illich, el modelo biomédico socava “la capacidad de los individuos para enfrentar su realidad, para expresar sus propios valores y para aceptar causas inevitables y a menudo irremediables como el dolor y la invalidez, el envejecimiento y la muerte” (Illich, s/d).

A simple vista, la mayoría de características señaladas poseen una raigambre incuestionablemente liberal, lo cual resulta por demás obvio, puesto que como ya se dijo, el modelo biomédico fue desarrollado y adaptado a las necesidades del capitalismo. Lo que sorprende es que haya sido acogido por países con sistemas económicos socialistas, para cuyo propósito se le aplicaron algunos retoques. Al final, la pretensión de universalidad que acompañó a la estructuración de la ciencia médica en forma de modelo, allá por los siglos XVIII y XIX, terminó siendo una realidad a pesar de las profundas e irreconciliables contradicciones que se dieron en la aplicación de modelos políticos y económicos en distintas partes del mundo.

En este punto podríamos hacer una breve analogía con la imposición del modelo industrial en Europa. Los criterios de eficacia, rendimiento, disciplina laboral, estímulos productivos, emulación, etc., propios de la industrialización capitalista, fueron adecuados al sistema de producción “socialista” de la URSS desde sus inicios, bajo la modalidad leninista del centralismo democrático, que no es otra cosa que una versión taylorista de la producción basada en la mayor centralidad posible del gerente. Con el modelo de salud ocurrió algo similar.

Esta situación nos coloca frente a un dilema extremadamente complejo, delicado y hasta peligroso. Se trata de la eventualidad de que la modernidad occidental (no sé si se pueda

hablar de una modernidad que no sea la occidental) haya desarrollado elementos ideológico-culturales tan fuertes que terminan imponiéndose a nivel global pese a las infinitas particularidades sociales económicas y políticas que se han producido durante los últimos tres o cuatro siglos de historia. Algo similar a lo que sucede con los paradigmas tecnológico e industrial, los cuales, además de responder a necesidades concretas de todo sistema productivo, han desatado una suerte de mitificación que trasciende épocas y fronteras. ¿Qué elementos contiene el modelo biomédico que resultan funcionales a cualquier régimen político moderno?



1.2.4. La neutralidad como estrategia de adaptación

Si la enfermedad y la atención médica son hechos estructurales e históricos, la forma en que se los asume constituye un reflejo de la sociedad. Y si ese proceso refleja la forma en que una sociedad determinada responde a sus problemas y necesidades, entonces la explicación del modelo médico vigente en cualquier época y lugar no puede darse al margen del análisis de las relaciones sociales que configuran dicha sociedad.

Como ya hemos analizado, el modelo biomédico fue una construcción de la modernidad capitalista ante la necesidad de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, optimizar los procesos productivos y reducir las amenazas epidemiológicas que también podían alcanzar a las élites. Es decir, se trató de una construcción teórico-instrumental basada en la existencia y justificación de diferencias y jerarquías sociales. Su propósito final fue

siempre el apuntalamiento del sistema dominante, de los mecanismos de dominación, de la estructura de clases.

Algunas de sus principales características, como por ejemplo su ahistoricidad, su fragmentación, su asociabilidad, su aculturalismo o su reduccionismo teórico contribuyen a reforzar una concepción estática de la Historia y de la sociedad. Es en esencia una propuesta conservadora que rechaza el carácter integral y dinámico de todo proceso social. En cierta forma es un modelo antidialéctico, estructurado sobre principios “duros” que difícilmente admiten su propio cuestionamiento. Como lo señala Menéndez, para el modelo biomédico “la enfermedad evoluciona pero no tiene historia” (Menéndez, 1988). Illich también insiste en esta condición cuando afirma que

Toda enfermedad es una realidad creada socialmente. Su significado y la reacción que evoca tienen una historia. El estudio de esa historia puede permitirnos entender el grado en el que somos prisioneros de la ideología médica en que fuimos formados (Illich, s/d).

A la necesidad de dar respuestas a las exigencias estructurales del sistema se suman las exigencias de carácter ideológico (una visión particular del mundo y de la vida) y político (operativizar mecanismos de control). En efecto, el proceso salud/enfermedad tiene profundas connotaciones político-ideológicas que el modelo biomédico tiende a encubrir desde una racionalidad técnica. Su discurso positivista y su práctica instrumental buscan opacar las contradicciones sociales y, por ende, las diferencias de poder inherentes al proceso salud/enfermedad. En tal sentido, el modelo biomédico encarna un discurso eminentemente político o, más propiamente, una disimulación del discurso político oficial.

A diferencia de lo que ocurre con la religión, la educación o la comunicación, cuya función y finalidad evidentes y no disimuladas son la transmisión de mensajes, valores, creencias, conductas, ideas, visiones, normas, etc., la medicina se presenta como una disciplina neutra, promotora de un único propósito superior e imposible de ser puesto en duda: curar. Los posibles impactos negativos de la medicina, o que pueden llamar a la suspicacia del común de la gente, tienen más bien relación con la práctica médica, es decir con la ineptitud y/o la falta de ética de sus ejecutores, con las limitaciones de los servicios o con sus costos inaccesibles. Pero en ningún momento se pone en duda la esencia misma de la

ciencia médica, tal como suele hacerse con la Física y sus efectos nucleares, con la química y sus efectos tóxicos, o con la biología y sus efectos genéticos. La propia noción de iatrogenesis es desconocida para la casi totalidad de la población mundial.

Es entonces ese “peso” ideológico del modelo biomédico sobre el ámbito de la política, así como sus posibilidades de reproducción autónoma frente a la dinámica socioeconómica de la sociedad, lo que nos interesa analizar. Y es que el desarrollo de la medicina, y consecuentemente la construcción de los modelos médicos en general, está particularmente atravesado por elementos ideológicos y culturales, al mismo tiempo que tiene un fuerte anclaje en la materialidad de los procesos sociales y económicos.

El modelo biomédico terminó imponiéndose principalmente a través de la exclusión ideológica de los modelos alternativos, y secundariamente a través de la exclusión técnica y profesional. Al identificarse con los estratos dominantes de la sociedad, puede descalificar las prácticas y saberes identificados con los estratos dominados. Se impuso primero gracias a la práctica médica privada, y luego pública. Esta última es la que posibilitó “vender” el modelo a las clases explotadas. Es tan fuerte la influencia del modelo biomédico que hasta los sectores dominados terminan por considerarlo una reivindicación prioritaria, aunque ello implique su renuncia a los modelos médicos alternativos, más compatibles con su historia y con sus condiciones de vida (Menéndez, 1984)¹².

En este largo y sostenido proceso de imposición del modelo biomédico como resultado del avance y expansión del capitalismo, el Estado liberal se empeña en entronizar a los profesionales médicos en lugares predominantes de la estructura de clases, con lo cual le asegura a la práctica médica legitimación cultural, técnica, política, social y académica. Y su operatividad en todos estos ámbitos es tan efectiva que –como ya lo adelantamos– ha logrado imponerse en sociedades con regímenes políticos muy distintos.

No solo eso. Las prácticas médicas en sistemas como el de los Estados Unidos, Gran Bretaña y la ex URSS mantiene una relativa autonomía sobre el modelo de salud, aun cuando no tengan el control de la organización económica y social del sistema. “En esos países, a pesar de sus diferencias político económicas, el Estado garantiza la hegemonía y la casi exclusividad del poder técnico y profesional de los médicos” (Menéndez, 1984). Es posible que en ciertas circunstancias el Estado margine la intervención de los médicos, pero en última

¹² A partir de este punto el análisis está basado en gran parte en los aportes de este autor.

instancia reconoce que el modelo biomédico es eficaz y cumple sobre todo funciones de control y legitimación, lo cual en la práctica otorga a los profesionales de la salud un poder equiparable al de funcionarios públicos y políticos. La dominación que ejerce la biomedicina en la sociedad contemporánea tiene, además de propósitos abiertamente económicos, manifestaciones ideológicas, sociales y técnicas evidentes, “que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía” (Menéndez, 2005). La profesión médica se constituye por sí misma en una fuente y expresión de poder y, en consecuencia, actúa políticamente sin necesidad de subordinarse a la lógica socioeconómica.

Así ocurre cuando el estamento médico toma iniciativas públicas que no pueden ser consideradas simples apéndices de los intereses de las grandes corporaciones de la salud, como ocurre y se ha denunciado a menudo. Detrás de muchas de estas decisiones médicas actúa el deseo de ejercer poder, y la intención de reforzar aquellos referentes simbólicos que permitan legitimar aún más el modelo médico hegemónico. En cierta forma, se trata de la reproducción de esta esfera de la superestructura. Para ello, el estamento médico utiliza la potestad que le ha conferido la sociedad, y sobre todo el Estado, para pontificar sobre los problemas de salud/enfermedad, lo cual le permite, entre otras cosas, aplicar criterios nosológicos a las conductas individuales o a las manifestaciones sociales consideradas anormales, como la locura, el alcoholismo o las adicciones.

En el caso de de las adicciones se puede constatar con mayor claridad el componente político de las decisiones médicas. Son estas, en su versión biologista, las que catalogan a las drogas como adictivas y contrarias a un imaginario de salud establecido desde parámetros convencionales. De este modo se fundamenta la prohibición que aplica el Estado al consumo de drogas, prohibición que hace posible el fenómeno del narcotráfico. Pero resulta que el narcotráfico es prioritariamente un problema político, en tanto opera como un componente decisivo dentro de la estructura de poder mundial. No obstante, desde la mirada médica está considerado como una enfermedad social que demanda una respuesta médica (y, de ser posible, una intervención quirúrgica con extirpación incluida).

Las amenazas de diversa índole que enfrenta la sociedad actual provocan alarma y miedo en la población. Los riesgos, la incertidumbre y la inseguridad empiezan a ser vistos como fenómenos incontrolables, manejables únicamente por expertos, entre ellos epidemiólogos y psicólogos. Estas amenazas, que pueden tener características económicas,

ambientales, sanitarias, políticas o culturales, se relacionan directa o indirectamente con el proceso salud/enfermedad, porque provocan desequilibrios en nuestra condición emocional, física, mental, laboral, familiar, etc. Nos afectan como individuos y como cuerpo social. Lo impactante es que una parte de ellas, al igual que las enfermedades infecto-contagiosas, también se difunden, se propagan y se contagian (ver Menéndez, 2008). Desde la óptica del poder imperial, por ejemplo, el islamismo llega a ser visto como una “enfermedad religiosa-cultural” que debe ser combatida con una terapia contundente y extrema como la guerra.

Nos topamos aquí con una práctica que nos retrotrae, en términos de la Historia moderna, a los momentos más aterradores y sanguinarios de la *nouvelle République* francesa. En el verano de 1793, Barère de Vieuzac pidió desde su tribuna que toda la fuerza militar cayera sobre los rebeldes católicos de la Vendée. “En las heridas gangrenosas la medicina aplica el hierro y el fuego...La medicina política debe emplear los mismos remedios”, clamó, y su pedido se hizo eco con una masacre que exterminó a toda una población civil. “Siguiendo vuestras órdenes, he aplastado a los niños bajo los cascos de los caballos y he masacrado a las mujeres, que ya no darán a luz más bandidos. No he hecho prisioneros. Lo he aniquilado todo”, informaba el general Westermann a la Convención el 23 de diciembre de ese mismo año (Martínez Mesanza, s/d). La cirugía política llevada a los extremos del horror, la medicina más agresiva al servicio del poder, el tumor de la rebelión extirpado del cuerpo social para mantener con vida al sistema.

No constituye ninguna casualidad que ese discurso haya surgido, y se haya impuesto, precisamente durante la efervescencia revolucionaria de la Francia de finales del siglo XVIII. Era el momento en que la medicina debía recoger y estructurar para sus dominios los aportes de la razón instrumental, de la invención industrial y de la técnica. Era el momento de implantación de la visión biomédica, cuyas concepciones podían extenderse al plano social. La biomedicina no solo debía proporcionar pautas para la curación de las “enfermedades sociales”, sino que debía también alertar sobre las posibles amenazas a la salud del cuerpo social. Estaban dadas las condiciones para un maridaje entre medicina y política dentro de la modernidad, en tanto modelos estructurados alrededor del ejercicio ordenado del poder. La construcción del Estado-nación, que constituye uno de los aportes políticos más significativos y particulares de la modernidad, permitió delegar la responsabilidad de organizar a la sociedad a una entidad con la fuerza y la representatividad suficientes como para ejercer legítimamente el poder sobre los individuos. Esta decisión colectiva, derivada entre otros

aspectos del miedo de los individuos modernos a la autodeterminación, descargó en el mundo de la política –y únicamente de la política– la solución de los problemas sociales. De este modo se terminó por asignar a los líderes políticos el papel del curandero que “prometía curar todos los males de la sociedad” (Cassirer, 1955:362-363,citado por Bauman, 2011a).

Pero el modelo biomédico todavía tendría que recorrer un largo trecho en calidad de simple instrumento del poder político, de componente subordinado dentro de la estructura del Estado. Una de sus funciones políticas más significativas –como ya lo insinuamos en los párrafos anteriores– es la clasificación de las enfermedades y riesgos para la salud desde una orientación ideológica, en una especie de entramado técnico para la generación de miedos en la sociedad. Alerta sobre la mayor o menor peligrosidad de una enfermedad y, con ello, manipula la sensación de inseguridad en la población. No solo que magnifica los aspectos negativos de una enfermedad, sino que presagia catástrofes sanitarias que deben ser manejadas por los sectores hegemónicos de la sociedad, es decir, por los grupos de poder (Menéndez, 2008). En tal virtud, las decisiones médicas actúan como un mecanismo efectivo de dominación política. ¿De qué manera esas decisiones, que como hemos visto tienen impactos y repercusiones en la sociedad, pueden también repercutir en la construcción de nuestra subjetividad en tanto actores políticos?

1.3. LA CULTURA POLÍTICA

1.3.1. Referencia histórica

Aunque existen evidencia de que la noción de cultura política como manifestación de las creencias, comportamientos y símbolos de una sociedad frente al funcionamiento de espacio público fue planteada ya en la Antigua Grecia, no será sino en la modernidad que esta empezó a ser desarrollada en forma sistemática¹³. Como consecuencia de los impactos y transformaciones que se produjeron como efecto de la Revolución Francesa, muchos de los pensadores y políticos de la Ilustración realizaron una profunda reflexión sobre la incorporación de la sociedad a la esfera del poder público. Pero sus principales aportes se enmarcaron dentro del ámbito del derecho y de una sociología incipiente, dejando de lado las referencias a la cultura¹⁴.

El papel secundario y tangencial que se le atribuyó a la cultura dentro del análisis político se prolongó prácticamente durante todo el siglo XIX. El propio Marx, en una de las omisiones más notorias de su extensa y prolífica obra, asignó a la cultura el rol de simple resonancia de la ideología de la clase dominante; es decir, la cultura terminó reducida a un adminículo ideológico de la burguesía. Y sería justamente por contraposición a la doctrina marxista que se empezó a considerar a la cultura –en tanto elemento de la subjetividad social– como un factor determinante de la estructuración de la sociedad y de la conflictividad política. En este punto tiene especial relevancia la obra de Max Weber.

Estos nuevos enfoques teóricos se vieron reforzados por el notable desarrollo de la antropología a partir de las primeras décadas del siglo XX. Los análisis sobre la cultura, que en un inicio se centraron en el estudio de los pueblos aislados y “primitivos”, y que poco a poco se fueron ampliando hacia todas las sociedades, permitieron incorporar un nuevo elemento en las interpretaciones sobre la estructura y las relaciones sociales, sobre las dinámicas del poder, sobre las respuestas políticas de los grupos sociales. La sola interpretación basada en los determinantes estructurales –la objetividad del marxismo– o en

¹³ Es posible suponer que antes de los griegos debe haber sido un tema de preocupación para gobernantes e intelectuales, de manera particular en aquellas sociedades que contaron con Estados altamente evolucionados. Pero es a partir del auge de la Filosofía griega que se reflexiona a profundidad sobre estos aspectos de la vida social. Ver por ejemplo Aristóteles, 2010.

¹⁴ Sobresalen los trabajos de Montesquieu, Rousseau y Tocqueville.

los determinantes ideológicos –la subjetividad del liberalismo–, que fueron los paradigmas teóricos que marcaron la pauta del debate político-ideológico durante dos siglos, fue superada por la irrupción de un nuevo enfoque conceptual que, sobre todo, puso en cuestión el esquematismo en que habían caídos muchas versiones del marxismo¹⁵. Al mismo tiempo echó abajo las viejas aspiraciones de uniformización que querían ser impuestas desde el eurocentrismo y desde la hegemonía capitalista mundial. A partir de ese momento, la **diferencia** se instaló como un elemento de análisis sociológico y político indispensable. Y no podía ser de otra manera, considerando el vertiginoso proceso de relacionamiento, intercambio y fusión cultural que se viene produciendo como resultado de la globalización. “El factor más prominente de la vida contemporánea es la variedad cultural de las sociedades, más que *la variedad de culturas en la sociedad*” (Bauman, 2002:76).

En la misma línea teórica desarrollada por Weber hay que remitirse a la obra de Talcott Parsons, quien, desde el funcionalismo imperante a mediados del siglo XX, introdujo en la sociología el concepto de cultura política, entendida como los sentimientos, las actitudes y las conductas que caracterizan las orientaciones políticas individuales y colectivas. Según este autor, la cultura política es el factor que interviene para lograr que el sistema social alcance estabilidad democrática.

Parsons ha sido criticado por prestar poca atención al cambio social y a los conflictos derivados de las disputas de poder en el seno de la sociedad. En cierta medida, su trabajo se desarrolló en una época de recuperación y esplendor del capitalismo mundial, hegemonizado por los Estados Unidos. En ese sentido, no deja de aparecer como un intento por contrarrestar las teorías marxistas que, sobre todo en Europa, habían tomado impulso por la misma época (sobre todo como una respuesta a la devastación provocada por la II Guerra Mundial). No hay que olvidar que a la par del crecimiento de las teorías sociológicas acriticas, cuyo punto central de referencia fueron las universidades estadounidenses, también experimentó un notable desarrollo la antropología asentada en ese país, respecto de lo cual es inevitable hacer ciertas referencias en la presente investigación. Más allá de los enfoques predominantes – descriptivos, conductistas, folkloristas–, es indudable que la abundancia de estudios constituyen una importante fuente de información para el tema de la cultura.

¹⁵ Con la cultura sucedió algo similar a lo que, varias décadas después, ocurrió con la ecología.

Por lo expuesto, no resulta casual que haya sido precisamente del mundo académico norteamericano de donde surgió el primer esfuerzo por estructurar una teoría sobre la cultura política en las sociedades modernas. Corresponde a Gabriel Almond y Sydney Verba el desarrollo de un modelo teórico que también tuvo como premisa su contraposición a las teorías marxistas (Millán La Rivera, 2008). A inicios de los años 60, estos dos autores publican su obra más conocida, *The civic culture*, que hasta hoy sigue siendo referente obligado para el estudio de la cultura política.

1.3.2. Conceptos sobre cultura política

Para efectos del presente estudio, nos interesa sintetizar los aportes más significativos de Almond y Verba, así como las principales críticas que se han vertido sobre su teoría, para poder llegar a una definición que nos sirva como referente teórico de lo que vamos a entender por cultura política. La constatación de que los aportes de estos dos autores tienen un evidente sesgo ideológico conservador no invalida, sin embargo, los elementos que puedan aportar para hacer una lectura sobre los efectos que tendría el modelo biomédico sobre el comportamiento político de una sociedad.

Cabe aclarar, en primer término, que el propósito principal de la investigación de Almond y Verba fue el análisis comparativo entre los regímenes con cierta estabilidad de sus instituciones democráticas, frente a aquellos donde dicha estabilidad sufría permanentes alteraciones. Entre los primeros ubicaron a Estados Unidos e Inglaterra; entre los segundos a Alemania, Italia y México. Es precisamente esta selección la que mayores objeciones ha suscitado desde los sectores críticos, en especial desde la intelectualidad latinoamericana de izquierda. El principal argumento es que resulta demasiado forzado –incluso recurriendo al ejemplo mexicano– aplicar un modelo de análisis diseñado para sociedades industrializadas a sociedades tan distintas y particulares como las de América Latina (Mateos, s/d). En cierta forma, las conclusiones de Almond y Verba pueden reflejar un sesgo favorable a determinadas formas de organización social hegemónica, y dejar de lado el análisis histórico respecto de las causas de un funcionamiento diferente entre sociedades desarrolladas y no desarrolladas.

La parte medular de la teoría de la cultura política se preocupa por establecer una distribución particular de los patrones de orientación política de los miembros de una nación. Para ello, se considera tanto la historia colectiva del sistema político (lo macro) como las experiencias personales de los individuos (lo micro). Es decir, engloba al conjunto de significados compartidos de la vida política, y al conjunto de recursos utilizados para pensar sobre la política, lo que significa que es algo más que la suma de las opiniones privadas de los individuos (ver Millán La Rivera, s/d). Entre los significados encontramos una serie de valores y creencias que responden a una subjetividad prevaleciente en cada sociedad, y que derivan en actitudes, prácticas y hábitos que relacionan a los individuos con el mundo de la política. Según Almond y Verba, este proceso se expresa a través de tres componentes: cognitivo (conocimientos y creencias acerca del sistema político); afectivo (sentimientos acerca del sistema político); y evaluativo (juicios y opiniones sobre objetivos políticos). A su vez, hacen una clasificación de los tipos de cultura política: parroquial, de súbdito y de participación. La primera vincula lo político con lo económico y lo religioso, no existiendo clara conciencia de un gobierno central ni de una responsabilidad política (se trataría de sociedades “tradicionales”). En la segunda existe claridad respecto del gobierno central, pero con una actitud pasiva respecto de las decisiones públicas. En la tercera, en cambio, sí hay una orientación positiva hacia el sistema político y un rol activo en el desarrollo de la política (Almond y Verba, 1963).

Estos aportes son importantes en la medida en que abrieron las puertas a un debate fundamental para entender la evolución y los cambios políticos durante el último medio siglo¹⁶; sobre todo porque han obligado, desde la izquierda marxista, a un replanteamiento de la relevancia de la subjetividad en la estructuración –o en la desestructuración– de una sociedad. Dicho de otro modo, ha obligado a una actualización del concepto de la dialéctica al calor de las vertiginosas transformaciones que experimenta el mundo actual, de manera particular desde el plano de la cultura. Esto implica el reconocimiento de una mutua y dinámica influencia entre estructura política, estructura social y sistema político o, para ponerlo en términos marxistas clásicos, entre infraestructura socioeconómica y

¹⁶ Un extenso y sobresaliente estudio sociológico de las distintas teorías sobre la cultura en la sociedad moderna se encuentra en la obra de Zygmunt Bauman, *La cultura como praxis*. Este autor sistematiza el debate desarrollado en el último siglo y señala con mucha precisión las pautas sobre las cuales ese debate continúa en la actualidad.

superestructura ideológico-política. En este punto resulta imperativo reconocer los aportes que desde mucho antes venían haciendo los pensadores de la llamada Escuela de Frankfurt y su Teoría Crítica. En su proceso de recuperación teórica y reflexiva del marxismo, esta escuela empezó a prestarle especial atención a los aspectos súper estructurales del edificio social. Mutó desde la crítica a la economía política hacia la crítica de la razón instrumental como esencia de la civilización técnica-industrial, es decir del capitalismo; por conclusión obvia, sus integrantes terminaron poniendo en duda el sentido mismo de la ciencia, no solo de su uso (Muñoz, 1984:191; citado por Olmedo Llorente, 1991:202).

Como lo apuntala Menéndez, diversas corrientes teóricas empezaron a recuperar el “rol del actor” en el ámbito social, sobre todo desde los años 60-70. Se pudo así cuestionar visiones estructuralistas y economicistas que casi anulaban la función del sujeto a favor del determinismo socioeconómico. Algunas de estas novedosas corrientes teóricas llegaron inclusive a plantear que las estructuras sociales no tienen otra existencia real que la construida y usada por los actores. Sin admitir estos extremos, sí se puede sostener que el modelo médico, en tanto expresión de varios actores relevantes en la vida social, puede configurar una estructura de poder y, por lo mismo, tener repercusiones decisivas sobre la cultura política. Menéndez, no obstante, insiste en que siendo válidas ambas influencias (las de la estructura socioeconómica y la del rol del actor) lo fundamental radica en las relaciones establecidas entre actores. Estructura social y estructura de significados son relevantes, pero tomando en cuenta las diferencias y particularidades que se manifiestan en el comportamiento de cada actor (Menéndez, 2002).

Sin embargo, este reconocimiento no implica la aceptación de teorías subjetivistas que soslayan los aspectos históricos o los conflictos sociales como elementos fundamentales de la conformación de un sistema social. Lo que sí permite es aplicar una mirada más amplia al funcionamiento político de sociedades que, hoy más que nunca, se caracterizan por una diversidad en permanente construcción y expansión.

Ha sido justamente este último punto el que mayores discrepancias ha motivado desde los espacios académicos e intelectuales de América Latina, al punto que hoy se habla de “culturas políticas” como constatación de la pluriculturalidad que caracteriza a nuestras sociedades. Como bien lo señala Gutiérrez, en nuestro subcontinente podríamos referirnos a una “síntesis heterogénea y en ocasiones contradictoria de valores, informaciones, juicios y expectativas que conforman la identidad política de los individuos, los grupos sociales o las

organizaciones políticas”, lo cual nos remite a un cuadro de complejidad que, con frecuencia, hace aparecer como incomprensible el comportamiento político de las sociedades latinoamericanas (Gutiérrez, 1993, citado por Millán La Rivera, s/d). Esta complejidad se manifiesta por la existencia de distintos significados frente a un mismo hecho, cambios de comportamiento recurrentes en función de los contextos o coyunturas, discursos políticos retóricos pero convincentes y movilizadores, incongruencia entre lo que ciertos grupos sociales piensan, proponen y practican, inconsistencia de los imaginarios y las expectativas futuras, etc. (Berstein, 1999, citado por Cernadas de Bulnes, s/d)¹⁷

Por ello se vuelve necesario ubicar aquellos elementos que permitan establecer puntos en común respecto del comportamiento político en la sociedad ecuatoriana, por encima de la dispersión, la ambigüedad, la inestabilidad y la volatilidad que caracteriza a nuestra cultura política (o, más precisamente, a *nuestras* culturas políticas). La posibilidad de que el modelo biomédico configure patrones de comportamiento político, tal como ha sido planteado en los segmentos anteriores, tiene entonces una pertinencia digna de ser estudiada.

Otro de los puntos del trabajo de Almond y Verba que tiene serios cuestionamientos es la omisión del conflicto como parte fundamental en la construcción de la cultura política de cualquier sociedad, lo cual tiene como consecuencia una visión demasiado formal e institucionalizada de la política, donde las disputas por el poder y las diferencias de clases quedan minimizadas (una interesante crítica a estas omisiones puede encontrarse en Craig y Wayne, 1980). Esta constatación nos remite, inevitablemente, a una interpretación crítica sobre las condiciones de dominación y desigualdad que priman en la sociedad, y que, en buena parte, son también responsables del funcionamiento y la estructuración del sistema político. La lucha constante entre clases, segmentos, grupos sociales y hasta individuos puede repercutir en la cultura política tanto como sus creencias, valores, juicios y expectativas.

Es por ello que los nuevos aportes y reconsideraciones a la teoría de la cultura política ponen un énfasis notorio en el tema del poder, así como en las relaciones de dominación y subordinación sobre las cuales se asienta la vida política de una sociedad (Peschard, 2001, citado por Millán La Rivera, s/d). En ese sentido, las representaciones, símbolos e imaginarios que construyen los sujetos sociales –individual y colectivamente– tienen por objeto el control sobre los recursos y sobre los mecanismos para la toma de decisiones en la esfera pública.

¹⁷ El autor utiliza el concepto de “grandes familias políticas” para delimitar una identidad resultante de las actitudes, creencias, ideales, valores y conocimientos grupales o individuales.

Estos recursos pueden ser materiales o simbólicos. En el caso del modelo biomédico, que es lo que aquí nos ocupa, estos últimos son los que revisten especial importancia.

En síntesis, y sin pretender llegar a una definición de la cultura política que no haga más que incrementar la complejidad y la controversia que la acompañan, vamos a establecer unos parámetros dentro de los cuales se inscribirán los principales aspectos que contemplan el concepto de cultura política. Básicamente nos referiremos a las creencias, representaciones y actitudes mediante las cuales los individuos, grupos sociales y comunidades de una sociedad determinada construyen y desarrollan sus relaciones de poder en la esfera pública. Esta proposición no excluye las relaciones de poder que también operan en la esfera privada y en la esfera no-pública (familia, lugar de trabajo, escuela, iglesia, club, etc.); lo que sí hay que aclarar es que el alcance de la presente investigación se circunscribirá a los comportamientos individuales o colectivos en el marco del sistema político. Esta aclaración es importante si pensamos que las teorías sobre el poder que han aparecido en las últimas décadas (especialmente a partir de los trabajos de Foucault) desmontaron el tradicional esquema de asociarlo únicamente con el mundo de lo público y con el ejercicio formal de la política (elecciones, partidos, parlamentos, luchas sociales, etc.).

Las referencias al tema del poder son inevitables no solo porque vamos a interpretar la cultura política de la sociedad ecuatoriana, sino porque –como ya quedó señalado en la primera parte de la presente investigación– sostenemos la hipótesis de que el modelo biomédico se ha convertido en un factor de poder en la sociedad capitalista contemporánea. Este fenómeno puede deberse, en buena medida, al proceso de desestructuración de las formas tradicionales (históricas) de poder, que han llegado a alterar o conmocionar otros espacios formales además del de la medicina. Manuel Castells, por ejemplo, hace una reflexión parecida a propósito de la autonomía de las instituciones internacionales a consecuencia de la crisis y la parálisis de los Estados nacionales. Según dicho autor, estas gigantescas burocracias tienden a tener vida propia, inclusive llegan a suplantar a sus Estados constituyentes. “Es esencialmente flato, como las críticas de la izquierda suelen sostener, que el Fondo Monetario Internacional sea un agente del imperialismo (...). Es un agente de sí mismo, movido fundamentalmente por la ideología de la ortodoxia económica neoclásica y

por la convicción de ser el baluarte de la medida y la racionalidad en un mundo peligroso construido sobre esperanzas irracionales” (Castells, 2003).

Sería difícil encontrar un señalamiento más propicio que este para ilustrar lo que sostenemos a propósito del modelo biomédico, cuya estructura global tranquilamente puede ser calificada como una enorme burocracia que se sirve a sí misma. Es lo que –desde una visión antropológica– revela Leslie cuando desentraña los meandros del sistema médico, como resultado de lo que él denomina la profesionalización de la medicina cosmopolita¹⁸, proceso que busca controlar y orientar la naturaleza del pluralismo médico. Él sostiene que en la disputa que se produce dentro de la división internacional del trabajo médico, los adalides de la medicina cosmopolita buscan, entre otros objetivos, “reforzar la jerarquía de la autoridad médica dominada por los doctores, quienes conforman una profesión autogobernada con el derecho de definir y supervisar el trabajo de los médicos alternativos, curanderos y legos” (Leslie, 1977, TdA). Y añade que existe una disputa permanente entre médicos convencionales y otros tipos de médicos por promover sus respectivos modelos de salud, lo cual constituye una lucha ideológica para obtener o conservar poder.

La cultura política en América Latina

El tema de la cultura política está directamente relacionado con el de la ciudadanía y, por extensión, con las posibilidades de democratización de las sociedades de cara a las sucesivas crisis de los Estados modernos. La construcción de ciudadanía, en este contexto de reconfiguración generalizada de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, entre los Estados nacionales y las corporaciones transnacionales, entre los partidos políticos y los movimientos sociales, está sujeta a múltiples ópticas y agendas. Ya el neoliberalismo demostró enorme suspicacia al esgrimir la defensa de las libertades y responsabilidades del ciudadano como estrategia para la mercantilización de las relaciones sociales, el desmantelamiento del Estado y el debilitamiento de los espacios colectivos. En el otro extremo, en cambio, los sectores progresistas y de izquierda –particularmente en América Latina– apelaron a una renovada concepción de la ciudadanía a partir de la reivindicación de los derechos humanos y de las libertades civiles, como respuesta al autoritarismo y a la

¹⁸ Por cosmopolita se refiere a la medicina convencional, formal o alopática.

exclusión sistemática de las dictaduras de los años 70 y de los regímenes oligárquicos que las sustituyeron.

Este análisis es relevante por cuanto América Latina tiene una historia política marcada no solo por las convulsiones y la inestabilidad crónica, sino por las reiteradas salidas autoritarias a las distintas crisis que ha debido enfrentar. Las luchas sociales en la región –de una heroicidad innegable, es cierto– se han caracterizado por una presión sostenida por la recuperación y/o la ampliación de los derechos civiles, políticos y sociales, pero carentes de un verdadero sentido del poder que se materialice en un proyecto de mayor autonomía social. Desde los gobiernos desarrollistas con ropaje democrático y nacionalista, hasta las dictaduras abiertamente criminales, pasando por las experiencias populistas indistintamente autoritarias y demagógicas, la relación de la población con el poder ha mantenido un constante perfil de subordinación y dependencia que ha funcionado sobre todo gracias a la satisfacción –mediana o intensa, según la época y la particularidad de cada gobierno– de los derechos sociales (un interesante estudio sobre esta relación con visos sociopatológicos puede encontrarse en Assies, 2002; estos autores buscan explicar de qué manera la cultura puede configurar la ciudadanía en América Latina). Resulta sorprendente que, no en pocas ocasiones, muchos de estos derechos alcanzados por las masas se consiguieron bajo regímenes autoritarios que no tuvieron inconveniente en restringir, a cambio, los derechos políticos y civiles de la población. Se impuso –o se ratificó– una cultura autoritaria, caudillista, patrimonialista y clientelar que determinó lo que algunos autores definen como la confirmación de una ciudadanía “a la latinoamericana”, que dista mucho de los modelos y experiencias difundidas desde los países industrializados de Occidente.

En el caso ecuatoriano, esta tendencia parece haber operado con mayor efectividad que en el resto de países de la región. La inclinación por opciones políticas autoritarias (no necesariamente por fuera del marco constitucional ni de la democracia formal) puede tener una explicación en la extrema inestabilidad y desinstitucionalización que hemos experimentado. La aspiración por una mínima regularidad política puede, en un momento dado, abogar por una “mano dura” que ponga orden en medio de tanto caos.

Ahora bien, es pertinente considerar que las adscripciones al autoritarismo político no responden únicamente a un sentido de la jerarquía y de la subordinación que, en último término, termina por aceptar una estabilidad impuesta desde el poder; estas adscripciones también están determinadas por otros referentes que refuerzan y pulen determinados

comportamientos políticos: por ejemplo, la posibilidad de realización de la economía individual, el machismo que subyace a muchas formas de autoridad, la noción de orden asociada a la burocratización de todo proceso, la escasa confianza en las opciones colectivas, el pragmatismo, el inmediatismo. Se trata de referentes que, sobre todo en el último siglo, han ido profundizando y manteniendo una cultura política que se reproduce y se repite en los diferentes episodios y circunstancias de la vida nacional. Son precisamente estos elementos, y sus relaciones con las formas culturales impuestas por el modelo biomédico, las que nos interesa develar.

En su crítica a *La cultura política*, Craig y Wayne realizan una detallada disección a partir de los distintos estudios respecto de la cultura política en México, y encuentran que la sumisión, el autoritarismo y el paternalismo son una constante entre la población, y que la admiración por los liderazgos fuertes, la intolerancia ideológica, el rechazo a los derechos de los disidentes, la desconfianza en la participación ciudadana y en los partidos políticos y la dependencia personal son parte consistente de las orientaciones prevalentes entre los niños de las familias de los estratos bajos. El punto de la dependencia respecto de la autoridad personalizada, que se encarna en el tradicional presidencialismo latinoamericano, refuerza la creencia de un poder mesiánico e ilimitado que no requiere de la presión ni de la exigencia colectivas, lo cual, en la práctica, afecta el potencial autónomo de los grupos y organizaciones sociales (Craig y Wayne, 1980:347-352).

El tema médico tiene relevancia en relación con la ciudadanía si esta es pensada como posibilidad de realización y expresión autónoma de los individuos y de las comunidades en una sociedad medianamente estructurada. Dicho de otro modo, si la ciudadanía actúa como vehículo para la consecución de los derechos indispensables para asegurar un proyecto de vida individual y comunitario. El modelo médico puede, en el sentido señalado, contribuir tanto a la profundización de esa autonomía individual y comunitaria como a su restricción; es decir, puede cumplir un rol emancipador o, a la inversa, un rol castrante, dependiendo del sustento epistemológico sobre el cual se estructure. Esta opción liberadora de la ciudadanía, no obstante, no puede realizarse dentro de la pauta individualista que caracteriza a la noción de ciudadanía en la cultura occidental; por el contrario, implica una reconceptualización del propio término, que cuestione los afanes homogenizantes de la globalización a favor de opciones pluriculturales más acordes con la diversidad de derechos y de proyectos de vida de los pueblos del planeta.

Esta pretensión de homogeneidad que proyecta la ciudadanía occidental tiene su correlato médico en la uniformización que caracteriza al modelo biomédico, y que, entre otros objetivos, practica la descalificación sistemática de las prácticas y saberes médicos alternativos. En este sentido, el modelo biomédico cuestiona de entrada la diversidad cultural y, por lo mismo, refuerza la unicidad de las visiones jurídicas, políticas o económicas predominantes en el mundo. Si el paciente debe ser asumido en su corporeidad universal en tanto organismo biológico único, entonces también resulta factible aplicar un régimen jurídico-político único (el liberalismo) o un sistema económico también único (el capitalismo) a nivel global.

Todos los puntos referidos tienen relación con lo que hoy se ha conceptualizado como el derecho a la diferencia, y que constituye una premisa fundamental para cualquier proyecto local, nacional o global de nueva sociedad. Esto nos obliga a “repensar las concepciones dadas sobre la ciudadanía que suelen convertirse en la base para la exclusión y que demuestran poca sensibilidad respecto a los aspectos culturales, la identidad y lo colectivo como marcos para el goce de derechos en sociedad multiétnicas cada vez más pluriculturales” (Assies, 2002:79). La posibilidad de nuevas formas de ciudadanía, distintas a la clásica definición asociada al Estado-nación, tendrá, de acuerdo con estas nuevas propuestas teóricas, una relación estrecha y determinante con la cultura y con las múltiples cualidades que presentan los derechos particulares de cada pueblo, lo cual también implica formas particulares de comportamientos y creencias políticas.

De más está insistir en la importancia que tiene la pluralidad médica como ingrediente para la construcción de esta pluralidad cultural, porque en esencia cuestiona el discurso homogenizante, y con pretensiones universalistas, que se ha construido durante toda la modernidad en los centros de poder político, cultural y académico de Occidente.

La cultura política en el Ecuador

Los estudios sobre la cultura política nacional son escasos, al menos si la consideramos como categoría de análisis desde la sociología, la antropología o las ciencias políticas. Aunque muchas de las obras que investigan la historia nacional, o que analizan el sistema político y la sociedad, hacen referencia de manera reiterativa a los comportamientos

colectivos de los ecuatorianos como un elemento influyente en el funcionamiento y desarrollo del país, en muy pocos casos se lo plantea como un campo específico de investigación. Además de las breves y tangenciales referencias que, al respecto, se encuentran en la obra de Osvaldo Hurtado (1979), únicamente hemos encontrado un trabajo académico más riguroso en una antología coordinada por Felipe Burbano de Lara (2003), de la cual cabe destacar la sección tercera (Cultura política y democracia). Podemos señalar además otras obras que, desde una óptica más literaria o periodística, han abordado la temática, pero sin la profundidad que requiere una investigación académica. Nos referimos básicamente al libro de Jorge Enrique Adoum (1997) y aquel publicado bajo el seudónimo de Jacinto Jijón y Chiluisa (1999). Aunque se trata de obras más bien descriptivas, anecdóticas o irreverentes, no por ello dejan de proporcionar algunos elementos para configurar lo que podríamos denominar como cultura política ecuatoriana.

El populismo como sustrato

Si algún rasgo en común encontramos en los estudios referidos es el populismo como sustrato de la cultura política nacional, al menos durante el período que va desde la consolidación del velasquismo, allá por los años 40 del siglo pasado, hasta la actualidad. Estamos hablando de un período que abarca aproximadamente siete décadas, en el cual las múltiples manifestaciones, variaciones y estilos del populismo han sido la tónica general del funcionamiento del sistema político en el país. Es tal la frecuencia y reiteración de peculiaridades que, si tomamos la descripción del populismo hecha por Hurtado a mediados de los años 70, podríamos aplicarla a todos los gobiernos posteriores hasta el día de hoy... incluyendo aquel que él mismo presidió. Se podría hacer una síntesis de lo expuesto por este autor mediante un simple listado de conceptos: los regímenes populistas son clientelares, circunstanciales, personalistas, arbitrarios, autoritarios, efectistas, asistencialistas y paternalistas, además de neutralizar en forma sistemática cualquier intento o aspiración de autonomía de las bases sociales (Hurtado, 1979:208-210). Como lo resume Burbano de Lara (2003:16), es la expresión de una “cultura política sin una clara tradición democrática” y abiertamente anti-institucional. A las características mencionadas se puede añadir una lógica de la fragmentación que no solo no pudo ser contenida mediante los intentos por formalizar

un sistema de partidos a finales de los años 70 (iniciativa de la cual el propio Hurtado fue uno de los principales mentalizadores), sino que se ahondó a extremos inmanejables en las décadas posteriores. Esta tendencia irrefrenable a la atomización política tiene coherencia con la tendencia –a su vez incontenible– a la atomización corporal impuesta por el modelo biomédico a partir de la creación y multiplicación de especialidades y subespecialidades que parcelan cada vez más la mirada médica.

Esta fragmentación, no obstante, no puede quedar reducida al ámbito de la institucionalidad política, es decir, de los mecanismos formales de operación del sistema político. Se trata también de una fragmentación social, étnica y regional que tiene fuertes repercusiones en la cultura política nacional. El fenómeno del regionalismo no puede ser más patético en el caso ecuatoriano; pone de manifiesto la imposibilidad de construir una mirada de conjunto, que haga viables las respuestas integrales a los problemas del país (Adoum, 1997:72-74)¹⁹.

El mesianismo inherente al populismo es otra de las características en que concuerdan todos los autores revisados. En este punto podríamos adelantar la afirmación de que la idea del político salvador, capaz de operar milagros frente a los problemas sociales, es compatible con la función providencial que se le atribuye al médico (Cuvi, 2010)²⁰. Esta visión conlleva a su vez una doble complejidad: por un lado proyecta la imagen de un ser superior dotado de súper poderes, que por sí solo está en capacidad de enfrentar y solucionar los problemas ajenos (sean esos de carácter social o patológico); por otro lado, ahonda la percepción de incapacidad crónica de los ciudadanos y de los pacientes para sumir responsablemente su condición de actores y copartícipes en la solución de dichos problemas. Unos y otros, ya sea en el campo político o médico, son considerados niños-adultos que requieren ser guiados desde la racionalidad y la modernidad de las élites (De la Torre, 2003:332), con lo cual prácticamente queda anulado el potencial autonómico tanto de los individuos como de la sociedad.

Pero el populismo sería también un reflejo de la colisión entre relaciones modernas de mercado y relaciones culturales pre-modernas; sería, como lo asegura De la Torre (2003:333), la “resistencia de los sectores populares a proyectos de modernización excluyentes”

¹⁹ El autor realiza una amena reflexión sobre el regionalismo en el Ecuador.

²⁰ En este texto se realiza un análisis sobre la función mágica del medicamento como componente fundamental del modelo biomédico.

promovidos o impuestos por las élites. Nos topamos aquí con el viejo y complejo problema de los modelos de desarrollo aplicados desde lógicas exógenas, orientados fundamentalmente por las necesidades del capitalismo global; la modernidad occidental como paradigma a ser acatado y emulado por los países “atrasados”, cuya inaplicabilidad Bustamante considera, desde una óptica indudablemente elitista, como la incapacidad para asimilar, poner en práctica y comprender los valores, creencias e ideas que constituyen la modernidad (Bustamante, 2003).

Al tratarse de modelos superpuestos a una realidad e historia diferentes a las de los países industrializados, se genera una serie de deformaciones que pueden llegar a ser inmanejables. Esto es particularmente evidente en el campo de la salud, cuando constatamos que junto a las atávicas enfermedades de la pobreza (infecciones intestinales y respiratorias, desnutrición, parasitismo, tuberculosis, etc.) proliferan aquellas que son producto exclusivo de la modernidad (obesidad, hipertensión, estrés, problemas cardiovasculares, etc.). La respuesta del modelo biomédico, por obvias razones, no puede carecer de la misma dosis deformante: se gastan millones de dólares en tecnología de punta para atender enfermedades selectivas, mientras se desatiende los problemas de salud masivos de fácil resolución médica. Lo mismo ocurre con la fetichización de la obra pública y del equipamiento: desde el discurso político se convence a la ciudadanía de que en la realización de megaproyectos, o en la dotación de sofisticados equipos, reside la llave de ingreso a la modernidad, sin detenerse a considerar la imposibilidad de traspasar el umbral de la marginalidad debido al interminable lastre de problemas irresueltos que debemos arrastrar. En este sentido, el discurso político ha recogido admirablemente la fascinación instrumental del discurso médico.

De este modo, la disputa entre modernidad y pre-modernidad aparece como el combustible que dinamiza –desde el conflicto– al sistema político ecuatoriano. Como toda relación dialéctica nacida de la contradicción, esta disputa oscila entre la exclusión y el acercamiento, entre la necesidad y el rechazo, entre la dominación y la complementariedad. Desde esta óptica, el populismo no sería una hábil estrategia de las élites para controlar y manipular a las masas, sino una cultura política compartida por ambos segmentos sociales. “Las diferencias que a primera vista les separan son a menudo resultado de una posición diferente dentro del sistema implícito de reciprocidades” (Bustamante, 2003:358).

CAPÍTULO 2

DISCURSO Y PRÁCTICA DE LA BIOMEDICINA

Aunque la presente investigación parte de un proceso de reflexión teórica, y tiene como propósito influir igualmente en el plano de las teorías que puedan explicar la cultura política de los ecuatorianos, el acercamiento al componente fundamental de estudio –el modelo biomédico– tiene incuestionables vínculos con una realidad concreta. Más bien dicho, con una experiencia concreta.

Durante dos décadas he mantenido, como parte de mis actividades laborales, una estrecha y permanente relación con el ejercicio de la medicina, y con las distintas facetas que esta disciplina científica asume en su desarrollo, en su aplicación práctica y en sus procesos de construcción y transformación epistemológica. Dicho de otro modo, mi involucramiento con el mundo de la medicina ha implicado tanto un conocimiento teórico como una observación directa de la práctica médica. Adicionalmente, el hecho no tener una profesión directamente ligada a las ciencias médicas me ha permitido mantener una distancia conveniente con el objeto de investigación, aunque paralelamente me ha exigido un mayor esfuerzo teórico para entender muchos de los elementos que lo configuran (históricos, conceptuales, epistemológicos). Es posible, inclusive, que en algunos pasajes de la investigación se puedan percibir vacíos respecto del conocimiento médico (al menos para un lector especializado).

En mi calidad de director ejecutivo de una ONG, cuya principal finalidad ha sido ejecutar proyectos de salud comunitaria y brindar servicios médicos a poblaciones vulnerables, he tenido un contacto intenso con todos los espacios colaterales y complementarios al mundo de la salud, exceptuando –como es obvio– el ejercicio directo de la medicina. Es decir, he participado activamente en iniciativas educativas, debates sobre políticas de salud, construcción de infraestructura, adquisición de equipos, manejo de personal, administración de centros médicos, planificación. Lo importante de esta experiencia es que durante muchos años, y en todos los ámbitos señalados, he mantenido una relación cercana con profesionales de la medicina (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería).

No sería antojadizo afirmar que el primer ámbito de investigación corresponde al espacio/tiempo institucional en el que he laborado durante los últimos veinte años, el cual me

permitió hacer una observación *in situ* del tema de estudio. Es a partir de esta observación, y del vínculo activo con los demás espacios, que surgió la curiosidad por entender la similitud de valores, criterios, cosmovisiones y conductas que caracterizan a estos profesionales al margen de sus posiciones políticas e ideológicas, de su condición socioeconómica o de sus trayectorias personales. Daba la impresión de que la trillada identificación de este sector profesional bajo la imprecisa y ligera denominación de “clase médica” tiene algo de sentido y fundamento. Se trata de una peculiaridad que trasciende los límites de una identidad cultural general, y que les confiere –en especial a los médicos– ciertos rasgos identitarios propios. No importa si al interior del gremio se establecen diferencias entre aquellos que abogan por un modelo curativo frente a uno preventivo, entre los que ejercen especialidades más sociales y aquellos que optan por las más instrumentales y rentables, entre aquellos que practican una medicina abiertamente comercial y los que optan por una vocacional. En algún punto de su formación académica, de su estructura de conocimientos, de su forma de relacionarse con el proceso de salud/enfermedad, existen grandes coincidencias.

Debo a la antropología médica, específicamente a la obra de Eduardo Menéndez, la posibilidad de haber ingresado al terreno de investigación que hoy nos ocupa. Sus estudios sobre el modelo médico hegemónico y su relación con la cultura en distintas sociedades latinoamericanas, me proporcionaron la clave para empezar a entender las similitudes antes esbozadas. El modelo biomédico apareció entonces como una construcción epistemológica sólida y en constante renovación, una matriz científica de la cual “nacen” médicos con muchas diferencias (al igual que sucede con los hijos de una misma madre) pero con un mismo diseño genético. Era necesario, entonces, analizar el discurso de los principales actores en el desarrollo y aplicación del modelo biomédico. Por ello, el segundo objeto de estudio se centró en las ideas y concepciones que tienen los médicos sobre la relación entre modelo biomédico y cultura política. En la investigación de campo se escogió a un grupo de médicos que, en lo reducido de la muestra, pudieran reflejar la mayor diversidad posible. Por ello se los escogió de acuerdo con los siguientes parámetros: médicos con a) distintas especialidades; b) distintas concepciones sobre la salud y la medicina; c) distintas funciones; d) distintos procesos de formación académica y profesional; y e) distinta procedencia geográfica.

El objetivo fue realizar un análisis teórico que partiera de la combinación de años de observación/reflexión sobre el discurso y la práctica médicos con entrevistas cualitativas a un grupo selecto de médicos. Por razones de tiempo y economía, este estudio debió

circunscribirse a un reducido grupo de médicos de Cuenca y Quito; no obstante, los resultados superaron la expectativa gracias a la metodología cualitativa utilizada en la recolección de información (entrevistas a profundidad). Hay que mencionar, como un beneficio adicional, que la temática queda abierta a nuevas investigaciones que se enfoquen en otros aspectos del fenómeno estudiado. Nos referimos, por citar algunos, al papel de los usuarios, de los pacientes y de las instituciones de salud, a la consulta médica, a las campañas publicitarias basadas en imágenes médicas. Es decir, a una amplia gama de posibilidades que permitan entender hasta dónde, y de qué manera, el modelo biomédico configura la cultura política de los ecuatorianos.

2.1. UNA EXPERIENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS

La ONG a partir de la cual se realizaron las observaciones y reflexiones que motivaron esta investigación está ubicada en la ciudad de Cuenca, y tiene como zona de intervención la provincia del Azuay. Sin embargo, por el tipo de servicios que ofrece, da cobertura de salud a la población de las otras cinco provincias que integran lo que comúnmente se denomina como Austro ecuatoriano (Cañar, Loja, Morona-Santiago, Zamora-Chinchipe y El Oro).

La institución tiene, en el área de salud, dos componentes de trabajo: un servicio ambulatorio con especialidades, cuya sede está en Cuenca, y proyectos de salud comunitaria ejecutados principalmente en zonas rurales. Adicionalmente, ha realizado intervenciones de emergencia médica en zonas afectadas por desastres naturales o por conflictos bélicos (concretamente en la frontera sur, durante la guerra del Cenepa, en 1995).

2.1.1. Servicio ambulatorio

En marzo de 1993 se iniciaron actividades con un dispensario médico para pacientes de escasos recursos. Se contaba con un endocrinólogo, un médico general, una enfermera y una pequeña farmacia. Con este equipo se dio atención de emergencia a la población afectada por el deslizamiento de tierras ocurrido en el sector de La Josefina.

A partir de enero de 1994 se incorporaron al dispensario un oftalmólogo, una asistente de oftalmología y un trabajador social. A partir de ese momento se da un proceso de crecimiento sostenido de los servicios, que culmina en la construcción de un moderno centro de especialidades en 1996. Esto provocó un significativo incremento de la demanda, hasta llegar a un promedio de 25.000 consultas por año. Hoy, el centro médico ocupa un área de construcción de 840 metros cuadrados, distribuida en dos pisos.

La filosofía del centro médico consiste en dar servicios de primera a pacientes de escasos recursos. Al momento cuenta con el siguiente personal:

- 1 gerente-administrador
- 1 médico endocrinólogo
- 1 médico internista
- 2 oftalmólogos
- 1 laboratorista
- 3 enfermeras
- 1 trabajador social
- 1 recepcionista
- 1 cajero
- 1 encargado de la limpieza
- 1 odontólogo
- 1 otorrinolaringólogo

Adicionalmente se cuenta con un grupo de médicos que laboran a tiempo parcial, y que cubren otras especialidades (pediatría, traumatología, neurología, ginecología, cirugías del día, etc.). Además de las especialidades señaladas, se ofrecen los siguientes servicios:

- Taller óptico para la fabricación de lentes.
- Farmacia.
- Laboratorio clínico.
- Educación al paciente.
- Educación a grupos de pacientes diabéticos.

- Enfermería y curaciones.

El centro médico coordina acciones con varias instituciones de salud de la región, y cuenta con una red de médicos colaboradores que facilitan la atención en aquellas especialidades que no se cubre. A continuación se hace un breve detalle de algunos de los servicios prestados.

Farmacia y trabajo social

Estos dos departamentos constituyen un complemento determinante en el proceso de atención ambulatoria, puesto que son, respectivamente, las puertas de entrada y de salida a la consulta. El departamento de Trabajo Social realiza el tamizaje de la demanda con el propósito de priorizar la atención a los pacientes más necesitados. Fija los costos diferenciados de las consultas. En buena medida, es la instancia que “aproxima” a los pacientes al sistema de atención médica.

Con la ampliación de los servicios se incrementó significativamente la venta de medicamentos. Se despacha un promedio de dos mil recetas al mes. Una de las funciones de la farmacia es supervisar las prescripciones para poder aplicar un control a la función de los médicos. Esta función es importante en la medida en que permite detectar distorsiones, como una excesiva medicalización del proceso de atención. Se prioriza el uso y expendio de genéricos.

Medicina interna y endocrinología

Se concentra en las cuatro enfermedades del síndrome X: diabetes, obesidad, dislipidemias e hipertensión arterial. La coordinación entre medicina interna y endocrinología permite optimizar y ampliar la atención a pacientes diabéticos, la cual se ha incrementado notablemente debido al cambio del perfil epidemiológico del país. La diabetes está entre las primeras causas de morbi-mortalidad nacional. Este servicio atiende un promedio de 400 consultas al mes.

La fundación sigue manteniendo el liderazgo regional en términos de programas de atención a pacientes diabéticos. La institución es un referente en la materia. En 1995

promovió la creación de la Asociación de Diabéticos del Austro Ecuatoriano. Al mismo tiempo ha mantenido un importante grupo de diabéticos que realizan actividades de difusión, educación e información a la ciudadanía. Este servicio atiende un promedio de 300 consultas al mes.

Oftalmología y taller óptico

Este es otro de los servicios referenciales de la institución. Atiende un promedio de 400 consultas mensuales y realiza entre 15 y 20 cirugías al mes. El taller óptico complementa los servicios de oftalmología mediante la provisión de lentes. Se despacha un promedio de 150 lentes al mes.

2.1.2. Proyectos de salud comunitaria

En agosto de 1993, como consecuencia del desastre de La Josefina, que provocó la devastación de una amplia zona del nororiente de la provincia del Azuay –por efecto de la violenta inundación producida como consecuencia del rompimiento del dique–, se inició una intervención de emergencia que luego se tradujo en varios proyectos de salud comunitaria de largo plazo.

La intervención inició con un financiamiento de UNICEF y de la Unidad de Reconstrucción de la Curia, para lo cual se conformó un equipo de salud rural integrado por un médico, una enfermera y una educadora para la salud. En octubre del mismo año se inició otro proyecto de similares características en las comunidades aguas abajo del embalse. Al final se atendió a 11 comunidades, y se implementaron 13 puestos de salud.

Estos proyectos se ejecutaron hasta el año 2003 en lo que correspondía al área de salud No. 6 del Azuay (cantones Paute, Guachapala, Sevilla de Oro y El Pan). Se coordinó acciones con las distintas instituciones que laboraban en el campo de la salud, y se promovió un trabajo sostenido con organizaciones de base: clubes deportivos, grupos de madres, comités pro-mejoras, juntas de agua, cooperativas agropecuarias y de ahorro, asociaciones comunitarias, etc. La organización social ha sido uno de los principales objetivos de los proyectos

institucionales. Se ha formado un elevado número de agentes comunitarios de salud, quienes se encargan de potenciar las actividades en cada comunidad.

Otro proyecto ejecutado en la misma época desarrolló actividades de nutrición en varias comunidades rurales aledañas a la zona afectada por el desastre de La Josefina. Se lo ejecutó entre 1993 y 1994, pero concluyó por falta de financiamiento.

Entre 1994 y 1995 se ejecutó un proyecto para la prevención de la ceguera y los problemas visuales graves. Tuvo una fase de investigación y otra de capacitación. Dentro de la investigación se realizaron encuestas, fichas en hospitales de la ciudad, recopilación de material bibliográfico e informativo, diagnósticos de agudeza visual, etc. Al final se publicó un libro con los resultados.

Entre 1996 y 2001 se ejecutó un proyecto de salud comunitaria en el cantón Pucará, con financiamiento extranjero. La estrategia central fue la coordinación interinstitucional para la definición y aplicación de políticas locales de salud con amplia participación social.

Entre los años 2002 y 2007 se ejecutaron varios proyectos de atención a personas con discapacidad, mediante convenios suscritos con el Ministerio de Bienestar Social (hoy MIES), a través de la Dirección Nacional de Discapacidades. Los proyectos ofrecían servicios médicos y ayudas técnicas para la provisión de órtesis y prótesis a beneficiarios de Loja, Zamora-Chinchipec, Morona-Santiago, Cañar y Azuay.

2.2. EL DISCURSO DESDE LA PROFESIÓN Y LA ACADEMIA

Por tratarse de una investigación cualitativa de carácter general, el universo de estudio se centró en un pequeño grupo de informantes calificados, previamente seleccionados de acuerdo con un perfil coherente con las líneas fundamentales definidas en los acápite anteriores. Se utilizó básicamente la técnica de la entrevista estructurada. El grupo de médicos fue seleccionado en base a criterios de género, edad, procedencia, formación universitaria, especialización y sector de trabajo.

Se realizaron entrevistas a profundidad a siete médicos especialistas (seis varones y una mujer) de las ciudades de Quito y Cuenca, de acuerdo con la guía que consta en el ANEXO 1. Cada entrevista tuvo una duración promedio de una hora. La dificultad para conseguir otras entrevistas obligó a reducir el universo propuesto en el plan de tesis. Se

insistió en conseguir entrevistas con médicos que tuvieran una concepción más convencional y utilitaria del ejercicio de la medicina, pero fue imposible. Se trata de profesionales del sector privado que valoran excesivamente su tiempo de consulta y, por ende, difícilmente conceden espacio para una investigación de esta naturaleza. No obstante, gracias a la modalidad de recolección de la información (básicamente cualitativa) consideramos que los resultados obtenidos son suficientes para respaldar el análisis.

La edad de los entrevistados oscila entre los 34 y los 75 años. Todos se declararon mestizos. Cinco tienen estudios de 4° nivel y dos cuentan con un PhD. Tres tienen especialización en salud pública, uno en cirugía general, uno en traumatología, uno en epidemiología clínica y uno en cardiología. Todos obtuvieron su título en universidades públicas del Ecuador; cuatro realizaron su especialización en universidades extranjeras y tres en universidades nacionales.

| Lugar de trabajo | | | | |
|------------------|---------|---------|-----------------|-----|
| Docencia | Privado | Público | Libre ejercicio | ONG |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 5 |

Cinco de los entrevistados se definieron, en términos políticos, como de izquierda, aunque con ciertos matices. Uno se definió como librepensador y otro manifestó que, aunque mucha gente lo considera como una persona de derecha, siempre ha mantenido una vocación de servicio a la comunidad. Esta información resulta relevante por cuanto puede reflejar una tendencia general de los entrevistados hacia posturas ideológicas de avanzada y, por consiguiente, críticas del modelo biomédico y de sus principales características. En efecto, todos indistintamente abogaron por la medicina preventiva como una opción racional para resolver las necesidades de la población y como fundamento para una política de salud coherente y viable.

CAPÍTULO 3

MODELO BIOMÉDICO Y PATRONES CULTURALES

3.1. SÍMBOLOS BIOMÉDICOS EN LA CULTURA POLÍTICA

Afirma Eduardo Menéndez que “el proceso salud/enfermedad/atención ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales” (Menéndez, 1994). Y no puede ser de otra manera tratándose de un fenómeno cotidiano, permanente y recurrente en toda sociedad y en todo momento histórico. La humanidad ha convivido y convive a diario con dolencias, enfermedades y afecciones a la salud, y de manera reiterada busca las formas para hacerles frente. Son parte de nuestra intimidad, de nuestra lucha continua por la supervivencia y, por lo mismo, son ingrediente importante para la construcción de imaginarios sociales. La perspectiva de una vida saludable, de una salud a prueba de todo y de la prolongación indefinida del ciclo vital constituye un componente sustancial de las aspiraciones humanas, más aún hoy que la tecnología ofrece – por supuesto sin garantizarlo– la posibilidad de alcanzarlas.

La extrema medicalización de la salud ha convertido a la medicina en un insumo regular en nuestras vidas. Es parte de nuestra cotidianidad. En el mundo actual, el sujeto entra en contacto directo e intensivo con el modelo biomédico incluso antes de nacer y, eventualmente, antes de ser concebido, como ocurre con la inseminación artificial. El feto se relaciona con el profesional de la salud desde el instante en que la madre embarazada acude a los controles, momento a partir del cual se establece un vínculo que perdurará toda la vida. Tanto el proceso salud/enfermedad como las particularidades que asume la respuesta curativa –es decir el modelo de atención– terminan dominando la vida cotidiana del individuo en menor o mayor medida, dependiendo de las condiciones sociales, económicas y culturales de cada grupo humano.

En sociedades menos cohesionadas y con una institucionalidad frágil como la nuestra, el dominio del modelo biomédico puede ser desordenado y disperso, pero indudablemente existe. En ese sentido, se comporta como un factor determinante en la creación de referentes ideológicos. Más allá de la coexistencia con modelos y prácticas médicas alternativos, cuya

presencia e influencia marginales sí pueden distorsionar en alguna medida el predominio del discurso biomédico, se impone una visión dominante que invade la cotidianidad y la conciencia de la gente y que, gracias a la intervención masiva del Estado, se difunde y ocupa todos los espacios de la sociedad. “La expansión biomédica sobre los saberes populares constituye uno de los episodios más interesantes de construcción de hegemonía, que refuerza no solo la dominación médica profesional sino que favorece también la dominación política e ideológica de los sectores dirigentes a través del campo específico de la salud” (Menéndez, 2008). Cabe resaltar que, en el caso particular de la ciencia médica, esos episodios son hábilmente disimulados tras un andamiaje de prácticas y procedimientos técnicos muy bien montados, difícilmente cuestionables ante la efectividad de sus acciones curativas. El hecho de que de por medio esté algo tanpreciado como la vida hace que el paciente sea menos crítico y suspicaz respecto de los mensajes subliminales y de la carga ideológica que interviene detrás de la práctica médica. “No importa cómo ni por qué lo hace; lo importante es que me cura”, pareciera rezar la conclusión a la que llegan quienes ponen en manos del sistema su salud su cuerpo.

Se crea entonces una percepción general sobre el carácter supuestamente insuperable de la biomedicina, en tanto técnica más eficaz para tratar las enfermedades, en especial las más complejas o aquellas producidas por el vértigo de la vida moderna y el avance tecnológico-industrial. Es tan fuerte su imagen que inclusive será acogida por la clase obrera, porque sus líderes políticos y sindicales, así como los ideólogos del proletariado, consideran a la medicina científica como progresista y aliada natural de un proyecto socialista (Menéndez, 2005).

Si, como hemos analizado, el modelo biomédico está condicionado por factores de carácter económico (la necesidad de asegurar la reproducción del trabajo asalariado) e ideológico (la necesidad de imponer una visión de la salud que facilite el control social), puede entonces cumplir una función ideológica indispensable para la consolidación y mantenimiento del sistema político hegemónico de turno. La biomedicina construye símbolos y representaciones que derivan en formas particulares de pensar y, en consecuencia, de actuar políticamente. Desde antes de desarrollar una conciencia básica, es decir desde una edad temprana, los seres humanos establecemos una relación íntima, reiterada y en ciertas ocasiones dramática con una concepción específica sobre la salud y la vida, la cual nos configura como personas. Para un niño, poner su cuerpo en manos de un adulto con autoridad

ilimitada define una relación de absoluta subordinación, inferioridad y reverencia. A partir de ese momento, el niño se somete a una forma de autoridad incuestionable, basada en un conocimiento indescifrable y al mismo tiempo imprescindible. No hay opción posible de rebeldía porque de por medio está la vida (o, en términos más infantiles, la solución a su malestar, la posibilidad de volver a jugar y desarrollar sus actividades normales).

Por otro lado, la complejidad del léxico médico nos obliga, desde nuestro primer contacto consciente con un servicio de salud, a seguir las instrucciones sin más preguntas que las indispensables para la ejecución de la orden médica. Ni siquiera las corrientes teóricas que abogan por una mayor participación del paciente en la consulta posibilitan superar esa condición de inferioridad frente al saber médico, mucho más cuando se trata de un especialista. Se refuerza así una cultura jerárquica que actúa en el subconsciente y hasta en el propio instinto, y que luego se pone de manifiesto en nuestra cotidianidad. En cierta forma, los servicios de salud basados en el modelo biomédico pueden ser vistos como una escuela de autoritarismo.

En acto de asistir a la consulta médica no puede ser reducido a un evento de carácter técnico-utilitario (algo similar a la búsqueda de asistencia cuando se nos daña la lavadora); se trata más bien de un acto social, psicológico, afectivo y cultural que tiene relación dialéctica con nuestra intimidad, con nuestras creencias, con nuestra subjetividad. El tipo de medicina al que acudamos puede moldear nuestra visión del mundo y de la vida y, por ende, puede influir en nuestras posturas políticas. Por ejemplo, la idea de que la enfermedad se detecta mediante procedimientos instrumentales puede inculcarnos la idea de que los problemas sociales también deben diagnosticarse mediante técnicas positivas como las estadísticas o las mediciones. Esta inclinación tecnocrática está tan difundida que a menudo se utiliza la imagen de la “radiografía” para describir una problemática socioeconómica concreta.

De igual modo, la creencia de que la salud se recupera mediante el uso de recursos técnicos (medicamentos, insumos, aparatos de rehabilitación o procedimientos quirúrgicos) puede inducirnos a pensar que los problemas sociales se resuelven gracias a la utilización de recursos materiales o de medidas drásticas*. Por efecto de esta ecuación simplista la ingeniería

* Habría que analizar en qué momento de la historia de Occidente se difundió la lobotomía como opción terapéutica para tratar los desórdenes mentales, y cuánta influencia tuvo esta técnica en la aplicación de medidas políticas brutales para extirpar la “locura” social (es decir las acciones contestatarias, revoluciones, actos de resistencia, etc.).

civil prevalece sobre la gestión ambiental, la producción sobre los derechos de género, los ingresos sobre la afectividad. La infraestructura física, es decir la obra pública palpable, consolida su cualidad de referente del desarrollo y del bienestar de la gente.

A continuación intentaremos analizar algunas características del modelo biomédico que pueden tener influencia relevante sobre los patrones culturales y la conducta política de la sociedad. Pero previamente es importante señalar que la biomedicina ejerce su influencia ideológica en dos ámbitos: en los usuarios y en los profesionales de la salud, aunque estos últimos traten de negarlo con el argumento de la supuesta neutralidad de los procedimientos técnicos (ver Menéndez, 2005). En efecto, la transmisión de ciertas prácticas y creencias médicas, que con frecuencia son atribuidas a la desinformación, desviación o ignorancia de la población, se efectúa por la acción consciente o inconsciente de los médicos, quienes, de acuerdo con esta tendencia, estarían cumpliendo al mismo tiempo dos funciones: reproductores de un sistema de valores, por una parte, y transmisores de dichos valores al conjunto de la sociedad, por otra parte.

Pese al desarrollo experimentado por algunas ramas de la medicina más sociales (salud pública, epidemiología, promoción, medicina preventiva), el modelo biomédico sigue manteniendo e impulsando una marcada visión **individualista**. Como producto de la modernidad capitalista, vio la luz impregnado de una racionalidad liberal avasallante, de una concepción del mundo que se presentó como la panacea para curar las injusticias y desigualdades sociales. A los derechos civiles de los individuos libres debían corresponderles similares derechos médicos en su calidad de pacientes. Es por ello que lo que podríamos denominar como la “medicina de la modernidad” se desarrolló en sus inicios –y hasta bien entrado el siglo XIX– en un ámbito estrictamente privado. Como todas las demás ciencias que tuvieron su impulso a partir de la afirmación global del capitalismo, debía también contribuir a una visión del mundo basada en el *laissez faire*; es decir, debía asegurar la capacidad de cada individuo para desarrollar sus potencialidades, competir y alcanzar el éxito en medio de una sociedad librada a las fuerzas del mercado. En este contexto era inevitable que la ciencia médica adquiriera connotaciones clasistas, en tanto los mayores referentes del nuevo hombre libre eran empresarios burgueses.

Fueron las reiteradas conmociones sociales que provocó el capitalismo desenfrenado las que demandaron la intervención pública en el campo de la medicina, pero entendida como servicio estatal antes que como fortaleza social. Aparece entonces la salud pública como una responsabilidad del Estado para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo, al mismo tiempo que se iban dismantelando –en los países industrializados– las prácticas médicas comunitarias, grupales y familiares. Pero un siglo y medio de implementación de sistemas de salud pública no ha sido suficiente para transformar la esencia individualista del modelo biomédico en estos países. Y aunque existen diferencias obvias entre, por ejemplo, el sistema de salud europeo basado en el Estado de bienestar, y el norteamericano, más inclinado a la liberalización de la oferta y la demanda de servicios de salud, el manejo del proceso salud/enfermedad sigue sometido a una relación personal entre el paciente y el médico. El objetivo central de la consulta es curar al paciente en su individualidad.

Inclusive el experimento soviético de inicios de la revolución terminó cediendo espacio a los rasgos más destacados del modelo biomédico. Allí se liquidó el poder de los médicos a favor de los curadores tradicionales (*feldsher*) como un cuestionamiento de clase, pero únicamente en cuanto al componente comercial de la práctica médica pre revolucionaria. “Ninguno de los otros rasgos fue modificado sustancialmente, e incluso en algunos casos se han incrementado tendencias del MMH [modelo médico hegemónico] que fueron cuestionadas en un inicio” (Menéndez, 1984), como ocurre con las enfermedades mentales y el alcoholismo, que cada vez más se tratan con criterios **biologistas**.

En nuestra sociedad, ese espíritu liberal del modelo biomédico ha logrado afianzarse aún más debido a la debilidad crónica del Estado, a la ausencia de un verdadero sistema público de salud, a la mayor influencia cultural de los Estados Unidos y a la informalidad institucional. La consecuencia ha sido una sobrevaloración de la medicina privada, que se impone a pesar de las evidencias que lo contradicen. La mitificación de los servicios privados de salud fortalece la faceta comercial de la medicina en desmedro de una propuesta basada en la solidaridad, en la responsabilidad social y personal, en el autocuidado y en el apostolado de la profesión médica. Al quedar sometida a la ley de la oferta y la demanda, donde lo que prima es el valor de cambio de los servicios, la biomedicina aboga por un sistema político que se basa igualmente en el intercambio de intereses antes que en el servicio.

La influencia académica, cultural y económica de los Estados Unidos es considerada por varios de los entrevistados como un factor preponderante en la aplicación del modelo

biomédico en nuestro país, de manera particular en sus lógicas tecnológica y comercial. Esta influencia se daría por doble vía: tanto por las necesidades de expansión y dominación económica y cultural desde dicho país, como por la tendencia a la reproducción de patrones externos a los que nuestra sociedad ha estado permanentemente inclinada (entrevistas Q-1504, 2012; Q-1206, 2012; C-2303, 2012; Q-0205, 2012).

La comercialización de la salud tiene relación directa con el **pragmatismo** que también caracteriza al modelo biomédico. La respuesta eficaz e inmediata de la intervención médica, orientada a satisfacer la valoración costo/beneficio que exige el usuario, contagia a los demás ámbitos de la vida social, entre ellos el político. Así como los hábitos saludables – los cuales exigen reflexión, disciplina, actualización informativa, etc.– son sacrificados en aras de la instrumentalización médica –más práctica y menos complicada–, la complejidad política es remplazada por las acciones urgentes y puntuales. Si el cuerpo humano puede ser curado con medidas contundentes e inmediatas como un medicamento o una intervención quirúrgica, también podría serlo el cuerpo social. Sobran entonces la elaboración teórica, la planificación, el debate conceptual, el análisis profundo de los programas de gobierno y la construcción de estrategias. El largo plazo es minimizado frente a las respuestas coyunturales.

El modelo biomédico ha sustituido el proceso por el evento. Al reducir al mínimo posible la convalecencia, la recuperación de la salud o la consecución de estados saludables (todos estos procesos), y remplazarlos por medidas tan rápidas como agresivas, estimula en el imaginario individual y colectivo la idea de la eficacia pragmática, de la medida inmediata aunque no sustentable, de la solución parche, de la condición desechable de actos, seres y objetos. Ante la posibilidad de encontrar curas inmediatas a muchas enfermedades, la sociedad contemporánea ha empezado a considerar a los estados de salud como productos fácilmente reemplazables por nuevos estados de salud adquiridos en el mercado, y cuya preservación no amerita mayor inversión de tiempo ni esfuerzo. Todo es cuestión de enfermarse y volver a curarse, de perder un estado de salud para recuperarlo por vía expedita.

Es por ello que las enfermedades crónicas y catastróficas son hoy tan devastadoras en términos psicológicos y emocionales. ¿Por qué –se pregunta la gente– es posible trasplantar órganos, reconstruir cuerpos accidentados, hacer nacer un niño pese a la infertilidad de los padres, y no es posible detener un cáncer o curar la diabetes? La no curación de una enfermedad se convierte en un hecho frustrante y traumático.

Luego de décadas de soluciones “milagrosas” producto del desarrollo tecnológico de la medicina, el viejo sueño de la prolongación indefinida de la vida ha ocupado buena parte del espacio existencial de nuestra sociedad. No importa a qué costo ni en qué condiciones se consiga este propósito; lo importante es que ratifica una forma de poder sobre la enfermedad y la muerte. Es precisamente esta imagen de omnipotencia la que configura el ideal contemporáneo de perpetuación política. El caudillo tercermundista, las dinastías político-familiares en los países ricos o las mafias políticas de diversa laya expresan en cierto sentido la convicción de ser la única cura para las patologías sociales. De allí su necesidad de permanencia indefinida. Al igual que la industria farmacéutica –uno de los pilares básicos del modelo biomédico– tiene como norma no producir curas definitivas que puedan reducir el enganche de sus pacientes crónicos, la élites políticas tampoco apuestan por soluciones decisivas que vuelvan innecesaria su continuidad en el poder. Los políticos se arrojan la función de médicos de la sociedad, especialistas irremplazables, actores imprescindibles para evitar el colapso (la enfermedad o la muerte) del sistema. ¡Qué mejor si pudieran estar eternamente velando por la salud de la sociedad!

Esta **especialización** del poder reproduce en el campo político una de las características del modelo biomédico. Y pese a que este fenómeno se presenta desde tiempos muy remotos²¹, es a partir del siglo XX que se convierte en una estrategia de control cultural luego de la atomización del cuerpo humano. El avance técnico-científico de la medicina, y la mayor capacidad de consumo de ciertas capas sociales, potenció el desarrollo de las especialidades. Pero dicho desarrollo no respondió a las demandas de la población ni a la investigación, sino al proceso de profesionalización de la medicina. A partir de 1950-1960 se incrementan las especializaciones, impulsando una concepción que, aunque ya existía en el saber médico, termina convertida en hegemónica. El cuerpo humano es reducido a partes aisladas donde cada especialista tiene su dominio (Menéndez, 2005). En los casos ecuatoriano y latinoamericano, la transición del médico de cabecera a los médicos especializados respondió principalmente a la influencia académica de los Estados Unidos, desde donde se propagó la doctrina Flexner, que afirmaba que la especialización de la ciencia médica

²¹ En el antiguo Egipto ya existían especialidades médicas, a tal punto que el propio Herodoto señaló que tenían un médico para cada enfermedad, así como funciones auxiliares al médico. También entre los Aztecas había especialistas: el médico shamán (ticitl) versado en procedimientos mágicos; el teomiquetzan, experto en heridas y traumatismos de guerra; la tlamatiquiticitl o comadrona.

constituía la mejor garantía para su avance científico (entrevistas Q-0205,2012; C-2303, 2012; Q-1206, 2012).

No se puede atribuir a la medicina la visión fragmentada de la realidad y de la sociedad que prima desde hace algunos siglos en Occidente. Desde una perspectiva epistemológica, la idea de fragmentación de la realidad corresponde al desarrollo de las ciencias naturales a partir del Renacimiento. Pero sí le corresponde a la ciencia médica haber aplicado este principio a su campo prioritario de estudio, es decir, al cuerpo humano. Y al ser este un elemento consubstancial a la visión que los seres humanos nos hacemos del cosmos y de la existencia, así como un referente de la estructuración de la naturaleza y del funcionamiento de la vida (Krakauer, 1991:244-245)²², su fragmentación desde la medicina tiene mayor influencia en nuestro comportamiento que la que podrían tener otras disciplinas (por ejemplo, la teoría del conocimiento, la clasificación de las ciencias o las subespecialidades de la Física). El común de la gente no accede ni se interesa en estas especulaciones científicas, pero en cambio convive segundo a segundo con su cuerpo, establece con este una relación indisoluble y un profundo sentido de intimidad, identidad y pertenencia. Nuestro cuerpo es el único componente del universo sobre el que podemos proyectar nuestras aspiraciones de total soberanía. Cualquier aspecto, fenómeno o elemento que actúa sobre nuestro organismo tendrá, por las razones señaladas, fuertes repercusiones ideológicas, psicológicas, existenciales... y hasta políticas. La visión **fragmentada** que el modelo biomédico aplica al cuerpo humano conduce inevitablemente a una visión fragmentada de la sociedad, contraria a las cualidades de integralidad, complementariedad y unidad en la diversidad que la caracterizan. La cura social termina siendo también una curación por partes. Desde la biomedicina se está proyectando a la sociedad el deseo de especializarse en todo (entrevista Q-1504, 2012), con lo cual se contribuye a complementar el sostenido proceso de fragmentación social e individual que ha sido uno de los más nocivos logros de la posmodernidad. Sobre todo la fragmentación individual: como lo plantea Bauman, cuando rescata el concepto de “hombre modular” acuñado por Ernest Gellner, se trata de un individuo sin esencia que puede armarse y desarmarse de acuerdo con las

²² En 1640, en su obra *De Corpore Politico*, Thomas Hobbes empieza a desarrollar su idea del cuerpo político como una construcción social artificial, a partir del referente natural del cuerpo humano. Esta idea será profundizada en su célebre *Leviatán*. A partir de ese momento, las nociones de poder político y salud política empiezan a manejarse como sinónimos hasta bien entrado el siglo XIX.

circunstancias, pero que jamás puede evadir la angustia ni la incertidumbre de la transitoriedad; es una criatura móvil, descartable e intercambiable (Bauman, 2011:166-169).

Por otro lado, el desarrollo tecnológico de la medicina, que ha facilitado la fragmentación del cuerpo humano, da paso ahora a un reduccionismo aún más peligroso: la micro manipulación. El potencial modificador de la ingeniería genética induce a creen en la posibilidad de diseñar una sociedad desde la técnica antes que desde la antropología, la política o el ambiente. Si se puede alterar el origen (gen) de una persona, ¿por qué no intervenir sobre la unidad básica de la sociedad –es decir sobre el individuo– para “perfeccionarla” y asignarle a las personas roles y conductas predeterminados? Aldous Huxley, en su célebre obra de ficción *Un mundo feliz*, ya advirtió sobre esta escalofriante amenaza, prevista en un momento en que la estructura del ADN no pasaba del plano especulativo. Hoy que se conoce al detalle el mapa del genoma humano ese infierno es una tentación política.

En cierta forma, la proliferación interminable de especialidades responde a una concepción tecnocrática de la medicina, formulada con el propósito de posibilitar una administración **burocrática** del sistema de salud. La derivación de casos opera exactamente igual que la tramitología en el sector público, y no tiene otra finalidad que desestimular la acción del individuo en tanto sujeto social. Mientras más se adentra el ciudadano o el paciente en los laberintos del sistema respectivo, más queda subordinado a las estructuras del poder administrativo o técnico (según sea el caso); en consecuencia, ve afectada su capacidad de decisión, sufre una merma en su voluntad y queda sometido a un inmovilismo alienante. El individuo pierde su condición de sujeto, es conducido y manejado por una lógica enajenante y, en el caso particular de la consulta con el especialista médico, renuncia voluntariamente a sus derechos ante la angustia de la muerte.

Al facilitar la burocratización del sistema de salud, el modelo biomédico promueve una cultura de la pasividad y de la resignación que conduce a posiciones político-ideológicas conservadoras desde la sociedad. Como lo señala Menéndez (2005) en su análisis sobre el sector salud en nuestra sociedad, este tiene una visión de la población como actor pasivo. Inclusive cuando promueve la participación social aplica criterios verticales, autoritarios y asimétricos, pues tanto la convocatoria como las condiciones de participación son impuestas por la autoridad sanitaria.

La burocracia ha resultado ser el mejor antídoto para el deseo de cambio. El modelo biomédico ha desarrollado sorprendentes mecanismos de reproducción y adaptación para hacer inviable cualquier transformación social. Por ejemplo, su estrategia expansiva, invasiva y hegemónica no solo que subordina a los modelos alternativos, sino que los subsume y les extrae lo que resulta más funcional. Este fenómeno tiene alcances globales: aunque en Occidente están penetrando otras tradiciones médicas académicas, en sus países de origen (Japón, China o India) la biomedicina, al contrario, está expandiéndose y pasando a ser hegemónica. La expresión más notoria de esta conquista es el consumo de medicamentos producidos por la industria farmacéutica (Menéndez, 2005). Podríamos entonces concluir que el modelo biomédico actúa como un exitoso promotor del capitalismo a escala planetaria.

En el caso ecuatoriano es muy fácil percatarse del contenido conservador de las políticas de salud cuando se revisan los programas de gobierno de los partidos políticos, en los cuales priman las vertientes más retrógradas y convencionales: infraestructura física, equipamiento, dotación de medicamentos y asignación de personal médico especializado. Estas ofertas son entendibles desde una óptica estrictamente electoral: sería un suicidio político ofrecer algo distinto de lo que la población imagina. Lo grave ocurre cuando observamos que esas promesas electorales se convierten en ejecutorias gubernamentales, lo cual confirma que se trata de convicciones más que de simples estratagemas electorales.

La burocratización de los procesos, en general, suelen ser causa y efecto del funcionamiento **autoritario** de cualquier espacio social. Desde la mitificación del saber médico, iniciada con la profesionalización de la medicina, hasta la institucionalización de los sistemas públicos de salud en el siglo XX, el modelo biomédico experimentó un lento pero sistemático proceso de jerarquización, basado tanto en la superioridad del conocimiento como en la autoridad política. Médicos, tecnócratas y funcionarios públicos quedaron encargados de imponer condiciones, medidas, estrategias y políticas de salud desde una óptica de responsabilidad estatal sobre las necesidades y condiciones de salud de la colectividad. La prevención y la cura de las enfermedades de la población se convirtió en una obligación política, que justificó la imposición desde el poder (público y privado) de medidas y acciones concretas. Fue la consolidación de lo que Foucault designó como biopolítica, un concepto

acuñado por él para analizar las formas y mecanismos con los cuales el poder ejerce control sobre la vida de los individuos, particularmente en la modernidad²³.

En esta estrategia de control político el modelo biomédico cumplió un papel fundamental, puesto que definió al cuerpo humano como el núcleo vital sobre el cual debe intervenir el poder político. No solo se trata de controlar el espacio físico en el cual se desempeña el individuo (barrio, fábrica, escuela, vivienda) sino también su interioridad (salud, psiquis, sexualidad). El conocimiento médico y el poder político se arrogaron la autoridad para decidir sobre las condiciones generales de salud que debían prevalecer en la sociedad, incluidas aquellas relacionadas con la reproducción de la vida. Esto ocurre, por ejemplo, con las políticas de planificación familiar en sociedades como la ecuatoriana, donde se induce, se condiciona y hasta se aplican medidas anticonceptivas sin consentimiento informado de las usuarias. En el Ecuador, la obligatoriedad de asistir a la consulta médica (especialmente madres y niños) como requisito para acceder al bono de desarrollo humano se inscribe dentro de esta concepción autoritaria del modelo médico.

Si bien muchas voces pueden levantarse –desde el pragmatismo más instrumental– en defensa de la responsabilidad del Estado respecto de ciertos condicionantes de la salud pública, esto no resuelve el problema de fondo: la lógica autoritaria del modelo biomédico. La intervención de la autoridad pública parte de la idea de la irresponsabilidad e informalidad ciudadanas respecto de ciertas medidas de salud, cuyo incumplimiento o inaplicación pueden derivar en problemas que afectarían al conglomerado social: inmunizaciones, control del embarazo planificación familiar, salubridad, etc. En ningún momento se plantea que esas “irresponsabilidad e informalidad” responden a causas estructurales e históricas, que no se corregirán con disposiciones emanadas desde las autoridades políticas, científicas o académicas.

En este punto, la epidemiología biomédica, como sub-disciplina de las enfermedades colectivas, disimula las diferencias sociales bajo el paraguas de las patologías generales, frente a las cuales las decisiones políticas supuestamente operan por igual para todos los grupos, estratos y segmentos sociales. No existen ni clases, ni sectores marginales, ni población vulnerable ni grupos dominados. Desde esta óptica, las condiciones de salud de una

²³ Los conceptos biopoder y biopolítica constituyen uno de los pilares del pensamiento de Michael Foucault, y están presentes en muchas de sus obras y cursos, así como en una amplia lista de entrevistas concedidas a innumerables medios.

sociedad dependerían directamente del grado de aceptación y cumplimiento de las normas ordenadas por la autoridad.

El modelo biomédico, entonces, estaría contribuyendo de manera decisiva al diseño de una institucionalidad autoritaria, cuyo principal cometido es el control social, cultural y político de la sociedad. Y esta finalidad no hace distinciones entre sistemas políticos ni económicos, puesto que es aplicado con gran eficacia en regímenes socialistas, liberales, populistas o fascistas. Aunque según Menéndez (1998) todo sistema médico hace referencia a un sistema cultural del que forma parte y es expresión, cabe preguntarse si, en las actuales condiciones de la globalización, el modelo biomédico no actúa más bien como un “constructor” autónomo de instituciones (culturales, económicas y políticas). Estaríamos refiriéndonos aquí a un elemento de la superestructura que, siendo resultado de las necesidades e intereses de la dinámica socioeconómica de la sociedad capitalista, termina estableciendo una fuerte independencia respecto de esas condiciones materiales que en principio determinaron su existencia. El modelo biomédico, para efecto de lo señalado, no estaría actuando únicamente como un *retroalimentador* teórico e ideológico del mundo real de la medicina, sino como un *definidor* de otros ámbitos de la vida social, como sería el de la cultura política (que es lo que nos interesa en esta investigación). En un mundo en que el orden global se parece cada vez más a un proceso espontáneo y autoimpulsado (Bauman, 2001:109), donde la economía basada en la especulación financiera ha demostrado estar cada vez más fuera de control, como un ente enajenado y desquiciado que actúa por cuenta propia, no debe sorprendernos que cualquier segmento de esa globalidad se comporte de la misma manera.

El carácter autoritario del modelo biomédico explicaría la utilización de ciertas prácticas u orientaciones médicas aparentemente “democráticas, populares o alternativas” por regímenes abiertamente represivos y de derecha, en una evidente incongruencia ideológica. Eso es lo que ocurrió, por ejemplo, con la aplicación de estrategias de atención primaria de salud durante la dictadura de Pinochet, la cual, pese a imponer brutales medidas neoliberales en la economía, logró excelentes resultados en mortalidad infantil (Menéndez, 1988). Nos topamos aquí, una vez más, con el tema de la verticalidad de las políticas públicas aplicadas desde el Estado sin la participación activa de la sociedad. Es decir que el modelo biomédico, inclusive en su faceta menos sofisticada, fragmentaria y biológica (como es la atención primaria de salud), viabiliza la aplicación unilateral de contenidos en perjuicio de la

diversidad de expresiones, creencias y prácticas médicas de la comunidad. Sin desmerecer, por supuesto, la importancia y la pertinencia de las estrategias de atención primaria de salud dentro de la lógica actual de los sistemas de salud, no podemos negar que su concepción y desarrollo hacen parte de un modelo basado en la eficacia de la autoridad (ya sea esta política, científica o técnica).

Ahora bien, estas inclinaciones autoritarias y burocráticas del modelo biomédico no puedes estar desligadas de una tendencia a la centralización de los sistemas de salud, y a la concentración monopólica de los servicios públicos y privados. Del dominio de la biomedicina como profesión liberal hemos transitado a una etapa donde se impone la medicina corporativa (ver Menéndez, 2005). Es precisamente este proceso el que ha hecho posible una cada vez mayor uniformización de visiones, procedimientos y prácticas médicas, sobre todo en aquellas sociedades donde la fragmentación social y cultural ha permitido la pervivencia de una importante diversidad de saberes y/o modelos médicos. La centralización política y el monopolio económico que facilita el modelo biomédico sirven, en la práctica, como instrumentos eficaces de control social y regulación política. En la antigua Unión Soviética, si bien se introdujo el principio progresivo de asistencia gratuita para todos, de hecho se utilizó la medicina como un medio de control gubernamental (Illich, s/d).

El punto que se refiere a la **uniformización** del discurso médico es particularmente preocupante por los efectos adversos que tiene sobre la cohesión social, de manera especial en las comunidades más pobres y en las zonas rurales e indígenas. El desmantelamiento o la desvalorización sistemáticos de las prácticas y saberes médicos alternativos atentan contra las identidades comunitarias y, por lo mismo, minan la capacidad de los pueblos para resistir y dar respuesta a la ofensiva de la globalización. Leslie señala que la profesionalización de lo que él denomina medicina cosmopolita, que ha experimentado un rápido progreso en el siglo XX, constituye un esfuerzo por reducir el grado y controlar la naturaleza del pluralismo médico. Esto implica, entre otros propósitos, la eliminación o la restricción de todas las demás formas de práctica médica (Leslie, 1977).

No olvidemos que la eficacia de esta ofensiva radica en que apunta a un componente íntimo e imprescindible de la existencia social e individual. Es decir que esta forma específica de destrucción de identidades es aún más devastadora, porque no solo amenaza la supervivencia de los grupos sociales en tanto pueblos sino en tanto especies. No se refiere a la destrucción de formas de trabajo o de producción, de creencias religiosas, de hábitos de

consumo y, en general, de patrones culturales; estamos hablando del desmantelamiento de formas concretas de control sobre el cuerpo humano. Al renunciar a los instrumentos ancestrales de manejo del proceso de salud/enfermedad, las comunidades están también renunciando a un proyecto de vida soberano y, por consiguiente, a un proyecto político independiente de la dinámica política dominante. La carga simbólica que conlleva todo proceso de dominación estaría actuando, en este caso, sobre un elemento fundamental para los dominados: el poder sobre la vida misma. Pero no un poder externo y evidente por su brutalidad, sus excesos o su arbitrariedad, como sería la represión o la aplicación de la pena de muerte, sino un poder subrepticio, sutil, “bondadoso” y completamente legitimado.

Si con alguna expresión política es compatible la uniformización promovida por el modelo biomédico es con el populismo. La propuesta de un sistema de salud basado en la infraestructura y el equipamiento, cuyos servicios incluirían a toda la población bajo los mismos estándares de calidad y eficiencia, es absolutamente inviable. Con escasísimas excepciones dignas de un estudio pormenorizado, ese ideal no ha sido viable ni siquiera en los países desarrollados. No obstante, en el Ecuador se lo continúa vendiendo como un paradigma, tanto desde la autoridad pública como desde los monopolios privados. Se ofertan hospitales de lujo provistos de tecnología de punta y de infinidad de comodidades, para una sociedad cuya única opción real es la deshospitalización del proceso de salud/enfermedad; se promueve la disponibilidad interminable de medicamentos a una población que necesita desmedicalizar el proceso de salud/enfermedad.

Lo cierto es que el imaginario de unos “servicios de salud del primer mundo” para todos de manera indistinta tiene una incuestionable capacidad movilizadora en los sectores populares. No importa si el modelo biomédico estimula y refleja las inequidades de clase y de etnia. En su proyección social, estaría siendo refrendado por los sectores dominados como parte de la asimilación cultural e ideológica que estos practican, a tal punto que ellos también terminan reproduciendo las representaciones dominantes de la sociedad²⁴. No obstante, habría que analizar el nivel de permeabilidad que tiene el modelo biomédico en la cultura política de los grupos subalternos, y hasta qué punto su pragmatismo médico constituye una respuesta

²⁴ Según Menéndez, algunas corrientes teóricas sostienen que el comportamiento de los sectores dominados acorde con las representaciones dominantes únicamente es una fachada que disimula una postura de resistencia cultural, y que en sus estrategias de supervivencia estos sectores sí mantienen una posición no alineada con la cultura hegemónica.

ideológica al sistema (nos referimos a aspectos como la informalidad frente a la rigurosidad de los tratamientos, el empirismo frente a la científicidad de la medicina convencional, el mito frente al positivismo demostrativo, la intuición frente a la racionalidad argumentativa).

La promoción de las diferenciaciones sociales, que está en la naturaleza del modelo biomédico, es preocupante porque conserva demasiado tiempo de vigencia y de aplicación efectiva. Y es que la biomedicina tiene marcas de origen tremendamente **clasistas**, como por ejemplo aprender la clínica en cuerpos vivos y muertos de personas pobres y marginales, práctica que termina configurando la estructura ideológica y psicológica del médico. En el caso de los países colonizados, a este clasismo hay que añadirle un componente racista que perdura hasta nuestros días, y que también se aplica en las sociedades industrializadas con sus respectivas poblaciones o etnias marginadas. Hoy mismo en los Estados Unidos la biomedicina todavía codifica muchas enfermedades con guías étnico/raciales, donde el peso del biologismo se impone sobre todo tipo de consideración socioeconómica, histórica y cultural (ver Menéndez, 2005b).

Este último punto se inscribe dentro de una característica más abarcadora del modelo biomédico: su condición **discriminatoria** (por pertenencia de clase, etnia o género). El conocimiento médico como “saber experto” define lo normal y lo patológico inclusive en un sentido social y cultural; desde esa lógica, puede asignar roles a las mujeres desde una justificación médica o biológica. Un ejemplo de lo antedicho es que hoy las mujeres siguen refiriéndose a su estado menstrual como “estar enfermas”, lo cual, en esencia, significa admitir cierto grado de incapacidad o limitación para desarrollar sus actividades con absoluta normalidad.

En un interesante artículo sobre la producción de sentidos y representaciones alrededor de un elemento tan estrechamente relacionado con la medicina como es el dolor, Rosario Otegui (2000) sugiere develar algunos de los instrumentos políticos utilizados desde el poder para reproducir determinadas relaciones de dominación. La idea de resistencia y tolerancia frente al dolor vinculada con una forma concreta de socialización por géneros, refuerza la división de roles entre varones y mujeres, y construye una masculinidad anclada en la falsa premisa de que “ellos son más fuertes por naturaleza”. Esta premisa supuestamente tiene fundamentos en la biología, y se presenta como incuestionable debido a que el modelo biomédico ha establecido una ruptura entre lo biológico como inmanente y lo cultural como relativo.

Esta diferenciación por géneros tiene su correlato en la plano socioeconómico, el reproducir esta escala de diferenciación entre clases sociales y etnias. Según esta concepción biologista del dolor, los sectores subalternos y dominados, así como los grupos étnicos periféricos, estarían en condiciones “naturales” para soportar el sufrimiento, lo cual los vuelve más aptos para afrontar condiciones de vida desfavorables (pobreza, violencia y marginalidad). Demás está decir la justificación de la explotación social que subyace en este argumento.

El racismo inherente al modelo biomédico obliga a análisis extremadamente sutiles. Por ejemplo, la utilización del color blanco como referente general de los servicios médicos o de salud ha sido una imposición casi universal de la biomedicina. Los símbolos y representaciones que contiene este elemento cromático no solamente proyectan una relación de hegemonía-subordinación entre el médico y el paciente (Cuvi, 2010), sino una relación de poder asociada a un fenotipo determinado. En sociedades con una conflictividad étnica como las que han sufrido procesos de colonización, el color blanco tiene –como palabra, concepto e imagen– connotaciones y significados inevitablemente eurocéntricos y, a escala nacional o local, connotaciones y significados elitistas. Aún hoy, la reivindicación de la identidad blanca –al menos en la mayoría de países latinoamericanos– está directamente relacionada con elevados niveles de poder social, económico y político. No solo eso: el mundo de la política formal sigue siendo fuertemente restrictivo y discriminatorio con los actores no “blancos”, inclusive mucho más que con las mujeres.

Otro elemento que caracteriza al modelo biomédico es la **objetivación** del proceso salud/enfermedad. Este punto tiene que ver tanto con la racionalidad técnica del modelo como con su eficacia pragmática. La instrumentalización de la acción médica anula al sujeto, ya sea en su calidad de médico o de paciente (y en el caso de este último aún más). La cada vez mayor tecnificación de la formación de los profesionales médicos provoca que se concentre la atención en el signo y se excluya al síntoma (Menéndez, 2000). Se cosifica a la enfermedad incluso para apartarla del propio paciente. No solo se reduce el criterio y la iniciativa clínica del médico, sino que se desecha por completo la opinión, los sentimientos, las sensaciones y los saberes del paciente. Dicho de otro modo, se sacrifica la palabra. El factor humano queda sometido a la supuesta infalibilidad y precisión de los equipos e instrumentos, cada vez más sofisticados, meticulosos y especializados.

Esta subordinación del sujeto al objeto opera en el campo de la política a través de la supremacía tecnocrática. Se atribuye al técnico o al experto mejores capacidades que el común de la gente para definir un problema social y sus eventuales soluciones desde una mirada “objetiva”. No solo que la visión y las opiniones de la población son minimizadas, sino que en muchos casos son tachadas de alienadas, insuficientes, no fundamentadas o simplemente antitécnicas. Mediante este mecanismo de jerarquización tecnocrática, el modelo político se encarga de anular la participación social.

Esta particularidad del modelo biomédico está directamente relacionada con la idea de **mecanización** que predomina en el proceso curativo biomédico, y que traslada a la vida política la creencia en la causalidad elemental. Así como la intervención terapéutica de un objeto –v.g. un medicamento– tiene la virtud de curar en forma directa y automática una patología, la construcción de infraestructura debe tener virtudes similares de cara a las “enfermedades” sociales. En nuestra sociedad, el encadenamiento causa-efecto de la obra física ha tenido efectos devastadores, de manera particular en aspectos ambientales y culturales. Se construyen carreteras bajo la suposición de que ellas, por sí solas, acelerarán el aparato productivo, y esto, a su vez, beneficiará a la economía del conjunto del país; se construyen centrales hidroeléctricas bajo el supuesto de que la energía eléctrica, por sí sola, asegurará el mejoramiento de las condiciones de vida de la gente. La mecanización de la vida constituye uno de los principales engranajes de esa incontenible maquinaria expansiva que es el capitalismo. A la fetichización de ciertos recursos médicos corresponde una fetichización de la obra física; a ambos se les confiere cualidades casi milagrosas de resolver problemas, en el un caso individuales y en el otro colectivos.

La **asimetría** de saberes y de autoridad que cultiva el modelo médico tiene una evidente correlación con el mesianismo que caracteriza al populismo y que establece un increíble paralelismo entre la relación político-ciudadano y la relación médico-paciente. Según Bustamante –quien a no dudarlo es el autor ecuatoriano que más profundiza en el campo específico de la cultura política en el Ecuador–, el *ethos* dominante en la política prescinde de la noción de “racionalidad”, tal como se lo entiende en la modernidad, y se inclina a favor del montaje escénico, de la “representación” de las relaciones sociales, de la coreografía política armada desde el poder (Bustamante, 2003:351). En nuestra formalidad democrática, el funcionario público debe demostrarle al ciudadano que él conoce y sabe interpretar la naturaleza del mandato encargado; es quien “revela” la voluntad potencial del

ciudadano y, en esa intermediación, se presenta como su más adecuado intérprete Bustamante, 2003:354). En el terreno de la medicina ocurre exactamente lo mismo entre quien posee el saber y la capacidad y quienes acuden a él para resolver un estado patológico. En la práctica, y muchas veces sin proponérselo, el médico tiene la capacidad no solo de “revelar” el padecimiento del paciente, sino de interpretar su deseo de sanación y disponer las medidas terapéuticas correspondientes. Es él, en lo fundamental, quien encuentra o posee la solución al problema.

Al igual que el discurso médico, el discurso político ingresa en los dominios de la religiosidad. Se vuelve una liturgia, un ejercicio de representaciones y ritos que propicia un estado emocional favorable al convencimiento. Es un discurso sobre lo adecuado, no sobre lo verdadero. El ciudadano debe confiar en la palabra del político tal como el paciente confía en la palabra del médico. El político actúa como sacerdote de la sociedad, tanto como el médico lo hace con el cuerpo. A la dualidad sacerdote-médico señalada por Foucault (2006:57) como heredera, a partir de la Revolución Francesa, de las dos misiones fundamentales de la Iglesia (curar almas y cuerpos), nosotros le añadimos un tercer integrante: el político como “sanador” de la sociedad. De este modo completaríamos uno de los sueños más preciados del iluminismo, que aun ahora, dos siglos después de haber sido diseñado, no deja de fascinarnos: la medicina como acto político, la curación del cuerpo social como palíndromo de la curación del cuerpo biológico. Es, como lo registra el mismo Foucault, la exaltación del discurso racionalista consagrado en los albores revolucionarios de fines del siglo XVIII: “La primera tarea del médico es, por consiguiente, política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos: el hombre no estará total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado (...). Si sabe ser políticamente eficaz, la medicina no será ya médicamente indispensable” (Foucault, 2006:59). En este mismo sentido, Illich (s/d) destaca los postulados de los seguidores de Rousseau respecto de la enfermedad como síntoma de la corrupción política, y de paso se refiere a la teoría aplicada en los inicios de la URSS, según la cual la terapéutica iría desapareciendo junto con el Estado.

Pero a diferencia del ideal inspirado por los fervorosos revolucionarios franceses, donde el nuevo Estado tenía la responsabilidad de asumir la titánica tarea de curar a la sociedad, en los regímenes populistas esa misión queda encomendada al caudillo de turno y sus cualidades excepcionales, sobrehumanas. En tal circunstancia es imposible evadir una práctica descaradamente demagógica. Así como el ejercicio de la biomedicina no puede

substraerse a su promesa de curación, el político populista hace de la promesa su arma de batalla predilecta. En ambos casos se omite una respuesta conjunta y colectiva al problema. El individuo, ya sea en su condición de ciudadano como de paciente, no accede al nivel de las decisiones, por más responsabilidad que asuma en la realización de determinadas acciones. El funcionamiento del sistema político ecuatoriano termina atrapado en la contradicción entre lo que se proclama y lo que se hace, entre la promesa que entusiasma y el incumplimiento que frustra. El doble discurso político tiene su correlato en el doble discurso biomédico: la nobleza de su misión (curar y salvar vidas humanas), proclamada con tanta solemnidad, dista mucho de una práctica médica orientada principalmente al lucro.

3.2. DISCURSO, JERARQUÍA Y COLONIALIDAD

No se encontró unanimidad entre los médicos entrevistados respecto de la hipótesis planteada al inicio. No obstante, sí es factible ensayar una clasificación elemental de las respuestas al interrogante sobre la posibilidad de que el modelo biomédico tenga repercusiones en la cultura política de la sociedad. En esencia, se hace una síntesis entre aquellos a quienes sorprendió la pregunta, y que admitieron que nunca se la habían formulado; aquellos a quienes la pregunta les despertó inquietudes, dudas, reflexiones y aclaraciones, las mismas que concluyeron con una aceptación tácita de la hipótesis; y aquellos que la negaron de plano, sosteniendo que, a la inversa de lo propuesto, el modelo biomédico está fuertemente influenciado y determinado por el sistema político. Pero más allá de estas divergencias, quedó en evidencia, como una tendencia general, que los profesionales médicos reflexionan sobre la relación política-medicina pero no sobre la relación inversa, es decir, medicina-política. Cabe aclarar que la inversión de esta combinación no constituye ningún artificio semántico, sino una representación jerárquica y un orden de prelación, importancia y superioridad que determinan los contenidos y los resultados del análisis. A partir de la primera combinación queda claro que la esfera de la política, como parte fundamental de la estructura social, asume una función totalizante y abarcadora frente a la medicina, al punto que puede determinarla y configurarla como efecto de las relaciones de poder que se establecen en la dinámica social. Inevitablemente, esta posición presenta a dicha determinación como un elemento evidente y verificable no solo desde el análisis objetivo de

la realidad social, sino desde la observación empírica y desde la experiencia. Así lo refleja la afirmación de que los médicos no tienen capacidad para incidir en las decisiones políticas de los ciudadanos, y que son más bien los políticos y los funcionarios públicos los que terminan imponiendo el modelo médico y las estrategias de salud de acuerdo con sus intereses particulares y con las necesidades del gobierno de turno (entrevistas C-2303, 2012; C-0504, 2012; Q-0204, 2012).

Pero esta apreciación parte de una confusión bastante común entre sistema político y cultura política; es más, parte de considerar al mundo de la política como un espacio reducido a la formalidad institucional, y no como un ámbito en el cual se procesan los conflictos sociales, donde los actores colectivos e individuales ponen de manifiesto intereses y mecanismos concretos de poder. Esto explicaría el contraste que aparece entre esta apreciación y la conciencia respecto del enorme poder que subyace al conocimiento y la autoridad médicos, no solo en cuanto a la potestad y capacidad de curar, sino también de transmitir referentes conductuales y simbólicos a la sociedad. Es más, uno de los entrevistados admitió que la medicina permite un ejercicio del poder mucho mayor que el de otras profesiones. Pero este poder, en la mayoría de situaciones analizadas, parecería reducirse a aquellos aspectos relacionados estrictamente con el ejercicio de la medicina, donde, no obstante, puede alcanzar una magnitud insospechada, como la posibilidad de influenciar en las estrategias de las gigantescas transnacionales de la industria de la salud (equipos, insumos y medicamentos). Sería el discurso médico el que obliga a estas corporaciones a definir sus estrategias productivas y no a la inversa, como frecuentemente se ha sostenido (entrevista Q-0205, 2012). Son los médicos, a partir de las concepciones que estructuran como resultado de su práctica y su experiencia, quienes fijarían el itinerario tecnológico y científico de la industria de la salud, lo cual no significa poca cosa si pensamos en el inmenso poder político que este sector representa a nivel mundial.

Aparte de estos mecanismos que, quizás por la complejidad y sutileza con que operan aparecen aparentemente velados para el común de los médicos, pero que resultan obvios si los enfocamos desde una perspectiva más política, existen otros dispositivos más evidentes desde la práctica médica. Se trata de aquellos que intervienen en la relación médico-paciente durante la consulta y que, por lo mismo, son percibidos con mayor transparencia y objetividad por los entrevistados.

El primero se refiere a la posición de superioridad basada en el conocimiento. Esta **verticalidad** se refuerza tanto por conveniencia del médico como por hábito y necesidad del paciente. Tradicionalmente, el médico impartía órdenes y exigía su cumplimiento estricto como condición para resolver el problema, so pena de descargar su responsabilidad en el incumplimiento del paciente en caso de fracaso terapéutico. Aunque esta relación tan rígida se ha ido atemperando –entre otros motivos por el mayor acceso del paciente a información–, aún persiste por la función unidireccional que asume el médico como sanador del paciente. En la práctica se desarrolla una relación de dependencia que se acentúa en la medida en que el contacto entre ambos se vuelve más frecuente, y en que el paciente no desarrolla instrumentos para un manejo autónomo de su enfermedad.

La verticalidad de esta relación también está determinada por las características del servicio de salud. En la atención privada la jerarquización se reduce en consideración a que el paciente se siente más autorizado a opinar, a ser escuchado y a exigir información. Adicionalmente, en nuestro medio el paciente que accede al servicio privado pertenece a un estrato socioeconómico que le permite un mayor acceso a información con la cual contrastar las disposiciones del médico. Tres de los entrevistados admitieron las exigencias de actualización a las que están sometidos como consecuencia de la interlocución con pacientes que realizan consultas en Internet previo a la consulta. Esto se traduce en una menor docilidad frente a la autoridad profesional del médico, y en la necesidad de informar al paciente con mayor rigurosidad.

En la otra mano, en cambio, tenemos las desventajas que estarían implícitas en la relación médico-paciente en los servicios públicos de salud (es necesario aclarar que en ningún momento se está abogando a favor del sector privado de la salud y en detrimento del sector público; tan solo se hace un análisis lo más objetivo posible en base a los criterios vertidos por los profesionales entrevistados). Los propios enunciados de discrecionalidad y beneficencia implícitos en la gratuidad de estos servicios, sumados a la ausencia de una cultura de exigencia ciudadana frente a los servicios públicos, facilita la jerarquización de la relación. Esta diferencia entre servicios públicos y privados también significa que la autoridad médica difiere en función del estrato social del paciente (entrevista Q-1504, 2012). En un esquema curativo como el que impera en el modelo biomédico, esta superioridad apuntala, además, una concepción del poder en el inconsciente colectivo (entrevista C-2303, 2012). El

común de la gente se acostumbra a recibir órdenes de alguien que ejerce una autoridad difícilmente cuestionable desde un conocimiento profano y desde una necesidad apremiante.

Por otro lado, también se pueden detectar elementos simbólicos que intervienen decididamente en la relación analizada, y que podrían abreviarse en lo que acertadamente se denomina como “síndrome de la bata blanca” (entrevista Q-0204, 2012). Esta expresión designa la autoridad que proyecta el médico por el solo hecho de ostentar una profesión y desempeñar una función. Esta imagen, obviamente, no puede quedar simplificada en la utilización de un mandil; está reforzada por otros referentes que también proyectan una posición hegemónica del médico: un lenguaje complejo de difícil desciframiento, el uso de tecnología sofisticada, la ubicación en la escala socioeconómica, el manejo de conocimiento científico, la imagen exitosa traducida en aspectos tan sencillos pero tan efectivos la vestimenta, el vehículo lujoso o la elegancia del consultorio. Es a partir de estos recursos cómo la “clase médica” abona en la construcción de un discurso biomédico cuya finalidad no es otra que el sostenimiento de un sistema basado en diversas formas de dominación social.

En este punto encontramos marcadas similitudes con la transmisión de mensajes que se efectúa desde el discurso político hacia el ciudadano o el elector. Pese a que este discurso puede parecer más sencillo y de mayor sentido común que el discurso médico (entrevista Q-0205, 2012) –y, por lo mismo, podría ser desmontado, criticado e interpelado con mayor facilidad por los receptores–, no por ello deja de operar con representaciones y procedimientos similares. Esto explicaría, por ejemplo, la adhesión que generan en la población los políticos “exitosos”, es decir, aquellos que poseen cualidades que proyectan una imagen descollante: buena apariencia física, profesión y títulos académicos, fortuna lograda con esfuerzo, hábil oratoria, conocimientos evidenciados (cuanto más temas maneje, mejor), experticias diversas, capacidad en el uso de tecnología, etc.

El dominio médico produce a su vez un fenómeno que constituye una de nuestras principales preocupaciones: nos referimos a la **dependencia** que se genera entre el paciente y el médico y que se proyecta hacia el sistema médico en general. Aquí interviene una acción en doble sentido, en una suerte de complicidad que reafirma roles y jerarquías en el proceso salud/enfermedad/atención. Por un lado, el médico propicia esta dependencia como una estrategia para justificar su posición y su función y, por añadidura, para apuntalar el modelo. Como lo señala uno de los entrevistados, los médicos tienden a no permitir soluciones sin su intervención (entrevista C-0504, 2012); se presentan como imprescindibles y, en esa

proyección, generan y exigen fidelidad al paciente (entrevista Q-0204, 2012). Por otro lado, el paciente demanda una forma de paternalismo que refuerce, desde la complementariedad extra-médica, la capacidad curativa del médico. Los lazos de confianza que se establecen como resultado de la revelación de una porción importante de la intimidad del paciente –y que en este caso no tiene reciprocidad de parte del médico– incrementa la autoridad y la influencia de este último en perjuicio de la autonomía de aquel. Una población habituada al modelo biomédico demanda a su vez la aplicación de los códigos que aseguran el buen funcionamiento del sistema político, desde lo que ella considera idóneo.

La pérdida –o la renuncia voluntaria– de autonomía en el manejo del proceso salud/enfermedad tiene innegables repercusiones en la pérdida de autonomía del individuo como totalidad. Si la persona renuncia a un derecho tan fundamental, primigenio y vital como el control sobre su propio cuerpo, puede por compulsión renunciar a otros derechos (civiles, sociales o políticos) que forman la argamasa de su condición de ciudadano autónomo. Como señala Bauman (citando a Castoriadis), “una sociedad *verdaderamente autónoma* (...) es una sociedad de *individuos autónomos*. No hay sociedad autónoma si sus integrantes no son autónomos” (Bauman, 2001:146, en cursivas en el original). En cierta forma, la convicción del paciente respecto de las virtudes curativas del médico genera una “deuda” con quien le proporciona curación y le preserva la vida, “deuda” frente a la cual la retribución pecuniaria nunca dejará de aparecer como un formalismo plenamente justificado (a menos que la intervención médica fracase y provoque el reclamo y la recriminación del paciente). Es importante recordar, aunque sea someramente, las connotaciones que tiene el concepto de “deuda” en la generación de dependencia para cualquier individuo, sociedad o Estado a lo largo de la Historia y en cualquier parte del mundo.

Pero esta relación de dependencia, establecida para conveniencia del médico y tranquilidad del paciente, tiene su lado flaco en un elemento que, en la actualidad, parece haberse convertido en el más eficaz depredador de secretos, enigmas y conocimientos especializados: el acceso a información. Lo admiten varios de los entrevistados cuando reconocen las dificultades que deben afrontar frente a pacientes que han recurrido a Internet. Pero es importante subrayar que esta posibilidad aún tiene sus limitaciones en el campo de la medicina. El común de la gente se siente cada vez más informada para hacer sugerencias en varios ámbitos de la vida cotidiana (vialidad, producción, infraestructura, cultura o recreación); pero cuando se trata de conseguir una mejor asistencia médica, “siguen creyendo

—erróneamente— que no son competentes para decidir lo que debería hacerse para sus entrañas y sus riñones y se confían ciegamente al médico para cualquier reparación” (Illich, s/d).

Corresponde a las ciencias sociales latinoamericanas de las últimas dos décadas haber situado en el debate académico y político internacional, mediante la actualización y reconstrucción de la categoría de **colonialidad**, las distintas formas que asume la dominación en el mundo actual (Lander, 2000). La propuesta resulta obvia si pensamos en la persistencia casi crónica de rezagos políticos, económicos, sociales y culturales de la colonia en todo el subcontinente. No obstante, les tomó mucho tiempo a los científicos sociales redescubrir, actualizar y reposicionar este concepto, que parecía superado por la irrupción de conceptos que daban cuenta de una realidad latinoamericana acoplado al fenómeno general de la modernidad.

En la amplia gama de posibilidades que puede asumir esta colonialidad contemporánea tanto a escala local como global, y cuyo propósito común no es otro que el apuntalamiento de una estructura concreta de poder, nos interesa particularmente aquella relacionada con la colonialidad del saber; es decir, con las estrategias mecanismos y condiciones de dominio epistemológico que se aplican de modo específico en el campo de la medicina (un análisis más amplio puede hallarse en Cuvi, 2010:41-51). Fundamentalmente nos interesa analizar de qué manera el discurso biomédico ha ido consolidando una hegemonía que cada vez tiene menos necesidad de competir con los modelos alternativos (en realidad, hay que preguntarse si, en algún momento de la historia moderna, el modelo biomédico tuvo que *competir* con las prácticas médicas ancestrales y populares, o si simplemente aplicó una estrategia de expansión basada en su legitimidad política, jurídica, académica, tecnológica y burocrática; al parecer, lo que ha ocurrido es que, desde una posición de superioridad, simplemente permite que esos otros modelos sobrevivan) (entrevista C-0205, 2012).

El elemento que más sobresale en esta relación de dominación es la eficacia científicamente demostrada de la biomedicina; es decir, la matriz **positivista**, la comprobación estadística, técnica y experimental de sus métodos e intervenciones. Medir y cuantificar algo tan valioso como la evolución favorable del funcionamiento del organismo humano en medio del dramatismo del proceso patológico parece ser su argumento más convincente e inapelable. Palpar resultados que se reflejan en indicadores “objetivos”

constituye una garantía de eficacia en un mundo que solamente cree en las evidencias concretas. La salud no implica únicamente sentirse bien, como fue el anhelo humano durante milenios; hoy ese estado positivo debe ser ratificado por un examen y, en el mejor de los casos, por una imagen. Ver para creer es la consigna de la modernidad para un acontecimiento que siempre se fundamentó en el sentir. Los pacientes en la actualidad quieren *ver* sus órganos, sus huesos, sus conductos internos, el feto, la estructura de su cerebro... como si en la imagen radicara la verdadera y única dimensión de su condición de salud. Quizás por ello la tecnología de la imagen es la que más se ha desarrollado y la que mayores y más frecuentes innovaciones ofrece (entrevista Q-1504, 2012).

Uno de los principales efectos del positivismo en la medicina es, tal vez, ese afán de objetivación que promueve tanto en el paciente como en la sociedad, y que tiene relación directa con las concepciones mecanicistas imperantes en la apreciación de la salud personal o de la salud social. La idea de una corporalidad que funciona “como un reloj” se proyecta en la forma de un imaginario colectivo que magnifica y sobrevalora a las sociedades que funcionan con una precisión de relojería. En este juego de significados, ampliamente respaldado por evidencias del mismo cariz positivista, la dominación civilizatoria de la modernidad occidental ha terminado por santificar las diferencias entre las sociedades que “funcionan bien” y aquellas que “funcionan mal”. Al igual que se promociona una instrumentalidad que asegura estándares de salud personal óptimos, las sociedades están sujetas a patrones de medición similares respecto del éxito de determinadas políticas. Al igual que en la eficacia instrumental de la medicina nunca se reflexiona sobre los efectos iatrogénicos de muchas intervenciones, tampoco se lo hace respecto de las externalidades que provocan ciertas políticas. Esto ocurre de manera particular en las sociedades no-desarrolladas que, acostumbradas a vivir en medio de las carencias crónicas, fetichizan la obra pública como si esta fuera la solución milagrosa, instantánea y automática a los problemas sociales, sin tener en cuenta sus efectos no deseados (lo que podríamos calificar como iatrogénesis social)²⁵. La construcción de una súper carretera, de una represa hidroeléctrica o de una gigantesca refinería acarrea perjuicios sociales y ambientales irreparables e irreversibles, tal como lo hace el uso excesivo e indiscriminado de medicamentos, la hospitalización innecesaria o el abuso quirúrgico. Sin embargo, a la mayoría de la población estas medidas parecen

²⁵ Ver la extensa reflexión que a propósito de esta expresión hace Illich, s/d.

fascinarles por su eficacia pragmática y su concreción. En cualquier caso, se sustituyen las capacidades y responsabilidades humanas por la eficacia instrumental y material. El paciente delega en el instrumento su potestad para hacerse cargo de su salud, al igual que el ciudadano transfiere a la infraestructura física construida por el Estado su potencial político para transformar la sociedad: confía a la fría inexpresividad de los objetos una utopía que compete inequívocamente al ámbito de las ideas, valores, acciones, creencias, aspiraciones, sentimientos y sueños de una colectividad.

Pero estos elementos, que podrían agruparse bajo el concepto genérico –y al mismo tiempo ambiguo y difuso– de espiritualidad, es cada vez más desplazado desde una doble dinámica temporal y geo-espacial. Temporalmente, porque el vertiginoso desarrollo tecnológico tiende a reducir al mínimo posible la importancia y el valor del ejercicio especulativo, intuitivo, perceptivo o imaginativo. Estas opciones son abandonadas por considerárselas obsoletas, anticuadas y demasiado etéreas frente la concreción y el inmediatismo de las necesidades de la modernidad. Geo-espacialmente, porque el paradigma científico occidental hegemoniza y universaliza los referentes del conocimiento de la realidad por contraposición a las distintas cosmovisiones y tradiciones no occidentales. Hay una forma particular de conocimiento que se va tomando todas las geografías del planeta. Sociedades como la ecuatoriana sufren, entonces, un doble desplazamiento de sus particularidades histórico-culturales. Asediados por el avance tecnológico global del cual irremediamente somos parte, y por la colonialidad del saber impuesta desde los centros de poder mundial, nos vemos empujados al pantanoso territorio de la esquizofrenia estructural, donde conviven, en un permanente conflicto, el futuro distorsionado y el pasado inasible, la opulencia más descarada y la más vergonzosa miseria, la ficción futurista y la tradición atávica, el desarrollismo utilitario y el *sumak kawsay*. Si el modelo biomédico basado en la razón instrumental y en la tecnologización a ultranza de la atención de la salud se impone sobre las prácticas médicas ancestrales –sobre lo que se denomina como modelo andino de salud–, resulta pertinente preguntarse por qué no puede ocurrir algo similar con la imposición de un modelo de desarrollo basado en la extracción de recursos naturales con tecnología de punta sobre otro basado en la agroecología, en el turismo comunitario o en la potenciación de la biodiversidad. Es precisamente en ese **utilitarismo** donde se asienta el éxito del discurso político del correísmo en el Ecuador y de otras variantes populistas en América Latina. La gente es mucho más receptiva a un mensaje que promueve la ampliación del consumo y la

materialización de las soluciones que a un discurso basado en la solidaridad humana o en la responsabilidad socio-ambiental. En esta confrontación de referentes, que no se reduce a la simple articulación de propuestas sino a la construcción de *futuros diferentes*, los modelos alternativos no occidentales –ya sean de salud o de desarrollo– están en franca desventaja. Fiel a su versatilidad, mimetismo, adaptabilidad y oportunismo, el modelo capitalista es más seductivo.

Las deformaciones, incongruencias y fracturas que provoca el modelo biomédico en el manejo del proceso salud/enfermedad en sociedades signadas por estructuras diacrónicas, por la pluralidad cultural y por la diversidad étnica y social, tienen su correlato en la generación de efectos y lógicas similares en la cultura política. Hasta ahora, la mayor parte de países de América Latina no logran resolver la incompatibilidad entre un sistema político impuesto/importado desde el mundo industrializado (v.g. la democracia liberal) y sociedades terriblemente complejas, desestructuradas y escasamente cohesionadas, que además adolecen de una fragilidad institucional crónica, profundamente desiguales e injustas, con enormes poblaciones marginales, excluidas o simplemente no integradas. Por ello, el debate sobre la inconveniencia del modelo biomédico no puede desligarse del debate más amplio sobre la inviabilidad de una democracia fundamentada en preceptos, condiciones y antecedentes extraños, mutilados y desfigurados por la colonialidad. Al igual que los modelos alternativos de salud requieren de metodologías distintas para validarse y validar sus conocimientos (entrevista C-2303, 2012), estableciendo una clara distancia epistemológica con el paradigma científico positivista, el sistema político requiere de una *reesencialización*. Al menos eso es lo que se intenta hacer desde las propuestas del *sumak kawsay* y la plurinacionalidad.

En esta relación colonialista no se puede dejar de lado el papel que cumplen los médicos en el desarrollo, aplicación, adecuación y renovación del modelo biomédico. Dependiendo de su ubicación social, económica o geográfica, cada médico ocupará un lugar en alguna de estas cuatro funciones mencionadas; cada uno tendrá un grado de responsabilidad más o menos determinante. No es lo mismo un médico norteamericano vinculado a los grandes centros de investigación científica e innovación industrial que un médico rural latinoamericano. Pero es innegable que existe un encadenamiento entre ambos armado a partir de una concepción y una práctica médicas particulares que, desde los diferentes pedestales o trincheras en los cuales actúan, apuntalan un modelo médico específico. Este encadenamiento está dado por una serie de circuitos y conductos que

aseguran un flujo intenso y sostenido de mensajes, referencias, símbolos, modas, etc. Se trata de los pensum de formación académica, las publicaciones especializadas, el intercambio profesional, la difusión científica pública, los eventos de formación y actualización médica, las redes informáticas del sector salud, los proyectos de investigación, la publicidad de la industria. Todos estos puntos –que pueden ser catalogados como verdaderas estrategias– son senderos, vías o autopistas que confluyen en la misma intersección: el conocimiento biomédico; dicho de otro modo, en la concepción con la cual el médico se relaciona con el proceso de salud/enfermedad, la cual tiene que ver, fundamentalmente, con su formación profesional. Si en algún aspecto han sido exitosas las ciencias médicas de matriz occidental ha sido en la expansión e imposición de un modelo formativo con profundas raíces positivistas. El médico ecuatoriano está formado para curar (entrevistas Q-0204, 2012; Q-0205, 2012).

Ahora bien, la dualidad implícita en la colonialidad del saber se manifiesta de distintas maneras en la informalidad crónica con que funciona nuestra sociedad. Es que no puede ser de otra manera: toda estrategia de resistencia frente a un poder dominante –ya sea cultural, política o económica– no puede darse sin mecanismos irregulares, espontáneos, sutiles, ambiguos, engañosos, etc. La sobrevivencia de las prácticas médicas prehispánicas constituye el ejemplo más palpable y sobresaliente de una resistencia cultural que vio en la informalidad de todo el sistema de salud su razón de ser y, simultáneamente, su campo de confrontación más propicio. El modelo biomédico, sin dejar de ser hegemónico, no deja de estar, al mismo tiempo, plagado de incoherencias inherentes a la forma en que históricamente se estructuró en nuestro país: es inconcluso, no copa todo el espacio nacional ni todo el espectro cultural, está obligado a “tranzar” con otros modelos y prácticas, no está en capacidad de desplegar toda su racionalidad, es asimétrico dentro de su propia racionalidad, es diacrónico en su cobertura, contradice en la práctica sus postulados éticos y normativos. Es síntesis, el modelo biomédico, hasta ahora, no ha alcanzado la formalidad indispensable para consolidar su supremacía. No solo ha tenido que adaptarse, sino que ha aprendido a convivir con una innumerable lista de elementos –prácticas y concepciones médicas– propios de la premodernidad.

Este fenómeno es fácilmente revelable en el campo de la política. Como lo expone Bustamante (2003:349), la dificultad –por no decir la imposibilidad– para establecer un sistema político que se corresponda con las relaciones modernas que impone el mercado deriva en la adaptación y reproducción de patrones premodernos de relacionamiento político, donde las distintas clases sociales y grupos segmentados establecen un pacto de convivencia

basado en la informalidad. La corrupción, la arbitrariedad y la discrecionalidad terminan siendo aceptadas como mecanismos legítimos para mantener el equilibrio entre los grupos antagónicos y la solidaridad al interior de cada clase social. Las instituciones formales son utilizadas de una manera contraria a la norma escrita (Burbano de Lara, 2003:27).

La aspiración de una racionalidad moderna que subyace en este análisis, y que en cierta medida conduce a un discurso con evidentes tintes fatalistas antes la inminencia de una realidad y una experiencia cívica adversas, es cuestionado desde posturas que reivindican la informalidad institucional como una forma particular de democracia que, a pesar de la larga historia de exclusión, dominación, crisis, recambios y desinstitucionalización, ha “terminado por configurarse bajo, o a pesar de, distintas modalidades de legitimación y resistencia” (Ramírez, 2003:434). Este autor sugiere que las distorsiones, limitaciones, deformaciones y taras que presenta la cultura política ecuatoriana conforman una forma de democracia que debería ser analizada y valorada en su especificidad, aunque en ningún momento plantea que tales manifestaciones más bien reflejan la debilidad de una cultura cívica democrática en los distintos espacios que conforman la esfera no-política de la sociedad: familia, barrio, lugar de trabajo, templo, organización de base, club, etc. Estas manifestaciones—según el mismo Ramírez— serían más bien la expresión de una pluralidad de culturas políticas que compiten por hegemonizar un determinado proyecto político (Ramírez, 2003:445); serían parte de las disputas de poder que se producen en el seno de la sociedad.

En este punto resulta pertinente retomar el esquema utilizado por Lechner para establecer una distinción entre lo que él denomina “la política” y “lo político”, y que Ramírez aplica en su explicación sobre las distintas formas de democracia que supuestamente operarían en el Ecuador (Ramírez, 2003:440-441). Desde nuestra perspectiva, podría sostenerse que el modelo biomédico tiene la capacidad de incidir, de distintas maneras, en las dos dimensiones señaladas. Por un lado determina la institucionalidad social (la política) a través de las orientaciones técnico-burocráticas y académicas que imparte e impone; por otro lado, penetra en el sistema de símbolos y representaciones mediante el cual los miembros de la sociedad estructuran su imaginario y su subjetividad, construyen sus relaciones y ejercen —o padecen— distintas formas de poder (lo político). Volviendo a la tesis de Almond y Verba, se trataría del desarrollo de una conducta ciudadana que busca diseñar un sistema político acorde con determinadas aspiraciones, necesidades, conocimientos, sentimientos y valoraciones. La diferencia radica —y este elemento es fundamental a la hora de establecer distancias con la

teoría funcionalista de estos dos autores– en que ese propósito se produce en una sociedad como la ecuatoriana, en medio de las informalidades propias de nuestra democracia. El modelo biomédico contribuye así a la desinstitucionalización del sistema político, reforzando conductas, creencias y hábitos incompatibles con nociones como la solidaridad, la autonomía, la tolerancia, la diversidad o la equidad, componentes estos insustituibles en una cultura democrática. De este modo se produce una mutua dependencia y determinación entre la esfera de “la política” y aquella de “lo político”, tal como lo sugiere Lechner cuando alude a que las instituciones dependen de la cultura política pero también contribuyen a formarla y modelarla (Lechner, 1987, citado por Ramírez, 2003:441).

CAPÍTULO 4

DEMOCRACIA Y AUTONOMÍA FRENTE AL PODER BIOMÉDICO

4.1. BIOMEDICINA Y PODER

Si se hace un recuento de los caminos recorridos en el presente capítulo, es posible deducir que todos conducían desde un inicio, y de manera inexorable, al mismo destino; que todos los accidentes geográficos atravesados, los descansos y las esforzadas jornadas no tenían más propósito que arribar al mismo punto: el tema del poder; más bien dicho, del poder biomédico y de las múltiples manifestaciones que presenta en su construcción histórica y en las sucesivas aplicaciones y adaptaciones que le ha tocado experimentar. Esta deducción no es del todo acertada. En realidad, más que una meta el tema del poder ha sido el hilo conductor de toda la investigación, el alma de ese bien entramado dispositivo que, como en el caso de los puentes colgantes, da consistencia y fortaleza a los cables de acero que lo sostienen. Es el poder el que permite articular y tejer a su alrededor las distintas hebras que dan forma al modelo biomédico: el discurso, la práctica médica, la formación profesional, la investigación, el desarrollo tecnológico, la lógica comercial. Así ha quedado insinuado, y a momentos evidenciado, desde las primeras páginas de este trabajo.

Es necesario aclarar, no obstante, que la finalidad de esta investigación, como ya se lo advirtió, no apunta a analizar los mecanismos y procesos que han estructurado el poder de la medicina a partir de un conocimiento específico; ese campo le compete a la epistemología. Lo que aquí nos interesa analizar son los mecanismos y las formas mediante los cuales ese poder se traduce en comportamientos y creencias políticas de una población determinada.

La forma cómo el poder biomédico se expresa tiene varias aristas. Esta diversidad es posible por las características particulares de la ciencia médica: copa todos los resquicios de la sociedad y de la corporalidad e interioridad individuales. Está presente en el funcionamiento cotidiano de los grupos humanos, en las preocupaciones sobre el desempeño de los cuerpos y en las vicisitudes de nuestra vida interior. Adicionalmente, la medicina posee los dones de la ubicuidad, la permanencia y la perpetuidad en forma simultánea. De una u otra forma, toda sociedad tendrá que convivir íntima, intensa e irremediablemente (valga la pena el vocablo médico) con el proceso de salud/enfermedad. Por ello la medicina tiene la capacidad, y al

mismo tiempo la oportunidad, de incidir en las distintas esferas de la vida humana: la política, la economía, la cultura, la psicología, la ecología²⁶.

Se forman médicos para concebirse como un poder o como una autoridad comunitaria casi obvia y natural (entrevista Q-0204, 2012). Para ello, el médico moderno no requiere más que de un proceso de formación evidente –aunque no obvio– que lo sitúe en lo más elevado de la escala social. Esta tendencia –que, como lo resalta uno de los entrevistados, no está exenta de cierta lógica arribista (entrevista C-1005, 2012)– permite la elitización de la profesión médica y, por consiguiente, su entrelazamiento con los circuitos del poder. Y no es que no ocurra algo similar con muchas otras profesiones; la diferencia radica en que el profesional médico proyecta una imagen, un discurso y unas representaciones que actúan directamente sobre el instinto de supervivencia y el deseo vital de las personas. El médico es el gran vencedor de la muerte; de ello extrae su prestigio, su autoridad, su excelstitud, pero también la legitimidad para reclamarle a la sociedad un poder para actuar. El médico curativo apuntala una relación de poder en el inconsciente colectivo (entrevista C-2303, 2012) porque tiene la virtud de curar a los enfermos y derrotar a la enfermedad.

Es precisamente esta relación entre poder y sanación la que se sobrepone en el terreno de la política. Al asumir la representación de “curadores” de los males sociales, los políticos también reivindicán un poder para actuar sobre una sociedad vista como un cuerpo enfermo (entrevista Q-0205, 2012). “El lenguaje de la política es el único en el que podemos hablar de curas y medicinas para las desdichas y preocupaciones compartidas” Bauman, 2011:59). En cierto sentido, la población acude a los políticos para librarse de las amenazas reales o potenciales que se ciernen sobre su vida social. En la medida en que un político logra “remediar” los males que aquejan a la sociedad (de manera particular aquellos que la población percibe como tales, aunque no sean los más importantes), logrará el prestigio y el reconocimiento general; justificará –e incluso renovará– el poder que le concedieron.

Ahora bien, a la arista de las representaciones debemos añadir otra arista más pragmática y operativa, desde la cual el poder biomédico contribuye a la configuración de un sistema político que, a su vez, tiene repercusiones gravitantes en la cultura política de la sociedad. Nos referimos a la burocratización de los sistemas de salud, de manera especial del

²⁶ Almond y Verba (1963) sostienen que, a diferencia de lo que ocurre en los regímenes estables, en los regímenes inestables la cultura del rol influye tanto en la acción política como en la orientación estructural de la sociedad.

sistema público de salud. La interposición de mecanismos y trámites engorrosos entre una dependencia pública y la ciudadanía es, como todos lo saben, una de las formas más comunes e inveteradas de ejercer poder. Al constituir los servicios públicos de salud (principalmente aquellos proporcionados por el MSP y el IESS) una de las redes estatales más extensas y numerosas del país (superada únicamente por el sector de la educación), su funcionamiento tiene una innegable influencia en la imagen que la gran mayoría de la población se elabora respecto del ejercicio del poder político. En la forma cómo esta instancia del Estado se relaciona con los usuarios podemos identificar algunas pautas que luego encontraremos en el comportamiento político de la gente: discriminación, racismo, arrogancia, intolerancia, desconfianza.

Una de las principales particularidades de las políticas de salud ejecutadas desde los organismos públicos es –según algunos de los entrevistados– el personalismo y la discrecionalidad. El ministro de salud termina por imponer sus criterios e imprimirle su estilo personal a su administración (entrevistas C-0504, 2012; Q-0205, 2012). Si se considera que en la mayoría de casos, por tradición y protocolo, los cargos de ministros de salud son ocupados por médicos, podemos concluir que se tiende a reproducir en estos espacios las características del modelo biomédico. No solo eso: los médicos que incursionan en la política suelen introducir con mayor fuerza el lenguaje médico en el discurso político (entrevista Q-0205, 2012).

Una tercera arista tiene que ver con las formas que adopta la aplicación de las políticas públicas de salud dentro del ejercicio del poder político y administrativo de un país. Desde la posición y el interés de cualquier gobierno de turno, el manejo de la salud pública tiene una prioridad indiscutible. En no pocos casos se convierte en un excelente recurso electoral, puesto que su ejecución repercute tanto en términos intensivos como extensivos: puede satisfacer una necesidad muy sentida por la gente al mismo tiempo que logra una cobertura casi total de la población. Es justamente esta condición la que se presta para un manejo demagógico de las políticas de salud, para lo cual el modelo biomédico engrana perfectamente: las estrategias curativas tienen una visibilidad inmediata, son palpables, suscitan entusiasmo entre los usuarios de los servicios, generan demandas concretas (entrevistas C-2303, 2012; C-0504, 2012; Q-1504, 2012). Adquirir insumos y productos, construir hospitales o equipar centros de salud proyectan una imagen de eficacia difícil de ser cuestionada, especialmente en sociedades con carencias estructurales. En cierta medida, se

refuerza la tendencia a fetichizar la obra física como sinónimo de progreso y transformación. La salud es arrancada del ámbito de lo humano y trasladada al instrumento, del mismo modo que la satisfacción de las necesidades sociales es arrancada del ámbito de lo público (es decir de la convivencia y de la solidaridad social) y trasladada a los predios del mercado (es decir del consumo individual).

Como lo afirma uno de los médicos entrevistados, la biomedicina logró articularse muy bien a la maquinaria del poder, y pone como ejemplo el caso del cáncer que padece Hugo Chávez: todo un país con su vida política atada a la palabra –o al silencio– de un médico (entrevista Q-1206, 2012). Hay que señalar, no obstante, que no es la primera ni la única vez que un veredicto médico resulta tan determinante para el manejo del poder político de una nación, sobre todo cuando este depende de la condición de un cuerpo biológico (rey, caudillo o dictador) más que de un cuerpo político (instituciones).

Una cuarta arista que nos permite entender cómo opera el poder de la biomedicina se refiere al conocimiento académico y profesional. El modelo biomédico está férreamente apuntalado por una eficaz estructura generadora de saber, que sobrepasa con amplitud a la de la mayoría de disciplinas. Este potencial depende –como es obvio– de los gigantescos réditos que produce el mundo de la medicina y de la importancia que le confiere la gente. Por un lado, hay suficientes recursos y alicientes para la producción intelectual; por otro lado, para el común de los mortales no tiene la misma utilidad ni el mismo impacto el desarrollo de una terapia, o la creación de un medicamento, que el descubrimiento de una nueva galaxia. El mundo entero está plagado de millones de seres que andan en búsqueda permanente de la solución para incontables dolencias, achaques y padecimientos. Eso hace que, en la cotidianidad de una buena parte de los habitantes de nuestro atribulado planeta, la lucha contra el acné o el colesterol tenga más importancia que la lucha contra la pobreza.

¿Cuánto del temor reverencial al saber médico tenemos incorporado a la memoria de la especie humana? Probablemente mucho. Más allá de lo que suele creerse y pregonarse, la humanidad no ha logrado, luego de milenios de existencia, derrotar a la enfermedad. En lo más profundo de nuestra conciencia genérica, los seres humanos seguimos aferrados a la utopía de la salud eterna. Y si bien hemos dejado de temer –aunque no universalmente– a los conjuros y maleficios del brujo, no hemos dejado de invocar al conocimiento médico una respuesta contundente a nuestras necesidades sanitarias. Hoy el poder del conocimiento médico no radica tanto en lo que pudiera hacernos –como hace miles de años– sino en lo que

podría dejar de hacernos. Queremos que la ciencia médica nos resuelva hasta el último de nuestros problemas de salud, y nos sentimos impotentes o frustrados cuando eso no ocurre. Es esta exigencia, no exenta de una profunda ansiedad, la que le ha permitido al sistema vendernos al médico como la autoridad que todo lo sabe, lo resuelve y lo dispone, una especie de sabio que tiene la respuesta precisa para cualquier inquietud (entrevista Q-1504, 2012). Se trata de la jerarquización del saber biomédico, epistemológicamente amurallado para no entender, aceptar ni reconocer a los otros saberes y, al mismo tiempo, para no transmitir conocimientos –en lugar de opiniones y representaciones– a los legos (entrevista Q-0204, 2012).

4.2. DISCURSO Y PODER

El análisis sugerido es pertinente si lo ubicamos dentro de lo que hoy se ha denominado como la sociedad del conocimiento, y que, en otros términos, corresponde al desarrollo alcanzado por las fuerzas productivas en esta etapa del capitalismo. Como lo señala Sánchez-Parga (s/d), este desarrollo, vertiginoso sin lugar a dudas, se caracteriza por su inmaterialidad, lo que permite una forma de dominación basada en el discurso, lo que a su vez hace posible un sometimiento subjetivo del individuo. Esta forma de dominación opera sobre la forma de pensar, la conciencia, los sentimientos y los valores del sujeto, circunstancia que vuelve innecesario el modelo del panóptico (en la fábrica, en la escuela, en el orfanato) para ejercer control sobre los grupos humanos (Bauman, 2011a:131). El juego de la dominación se produce hoy en día en el nivel de los símbolos y representaciones, y el discurso biomédico adquiere, en este punto, una relevancia incuestionable. Es esa inmaterialidad de la modernidad (en otras palabras, la virtualidad que asumen tanto las relaciones sociales como el funcionamiento del capitalismo) la que permite que la producción de conocimientos adopte una forma discursiva que, en el campo político, se expresa con una eficacia particular (Sánchez-Parga, s/d). Estamos hablando de los discursos del poder, de una producción de conocimientos cuyo propósito ya no es la comprensión y explicación de la realidad, sino el posicionamiento de referentes ideológicos acordes con las necesidades del mercado. Se produce conocimientos para vender, no para transformar el mundo, lo cual, en la práctica, se traduce en la producción de opiniones, creencias, prejuicios o simples comentarios en

desmedro de los sistemas de pensamiento. Se sacrifica la *episteme* a favor de la *doxa*, allanando de esta manera el camino para la manipulación política. Las palabras pueden torcer o disimular las evidencias de la realidad, como cuando un hábil comentarista deportivo genera entusiasmo en la hinchada porque la convence de que el equipo jugó excelentemente bien... pese a la derrota. O como cuando el político nos convence de la conveniencia de una ley que, a la vuelta de la esquina, resulta ser tremendamente perjudicial.

Dentro de esta dinámica de producción de conocimientos, el modelo biomédico propicia la elaboración de un discurso que produce su propio poder (Sánchez-Parga, s/d)²⁷, porque se legitima sobre la base de fundamentos científicos y de argumentos teóricos sólidos. En ese sentido, el discurso biomédico refuerza la tendencia a una reproducción cada vez más autónoma del poder académico y profesional del modelo biomédico, proceso que le lleva a convertirse en un **factor** de poder. No obstante, por las particularidades que tiene el mundo de la medicina, es factible que ese poder del discurso se acople mejor que el de otras disciplinas (no que se subordine, como lo insinúa Sánchez-Parga) a los discursos del poder, para también cumplir la función de **instrumento** del poder y, de esta manera, responder a agendas extra científicas; es decir, para responder a los intereses de determinadas instituciones, empresas, corporaciones, organismos multinacionales, gobiernos de turno, grupos económicos, etc. Los discursos del poder desde la medicina son particularmente prolíficos en el mundo actual, y copan permanentemente los espacios mediáticos. Opera entonces la capacidad del discurso (no del conocimiento) para tergiversar o deformar la realidad, para imponer una visión revestida de apariencias verdaderas. “Esta virtualidad de mentir [...] será convertida por el agente social y el profesional de la política y del mercado en astucia y estrategia” (Sánchez-Parga, s/d).

Lo que sí queda claro es que, dentro de la tendencia cada vez más pronunciada de la globalización capitalista a perder el control sobre los factores más importantes de su funcionamiento y desarrollo, hay elementos del sistema (subsistemas, engranajes, piezas o partes, como quiera denominárselos) que alcanzan mayor autonomía, que aplican su propia dinámica, que trazan su ruta sin preocuparse por la marcha general del sistema, que tienden a tener vida propia. El modelo biomédico encaja perfectamente dentro de esta nueva y caótica dinámica del capitalismo desbocado y desquiciado, extraterritorial y despojado de toda forma

²⁷ Esto se encuadra dentro de lo que el autor denomina *poderes del discurso* (en itálicas en el original).

de control institucional; lo que Bauman (2011a:105) identifica como capital nómada, o como fuerzas globales que operan por todos los rincones del planeta sin ninguna atadura. La sociedad posmoderna no ha podido desarrollar sus medios de control a la misma velocidad que se desarrollaron los poderes que era necesario controlar (por eso el narcotráfico y la especulación financiera son fenómenos inmanejables). La biomedicina hoy está sometida a un desarrollo y a una innovación que, en la mayor parte, carece de sentido, proporción y coherencia, y cuya única explicación radica en la necesidad de reproducirse como una forma de poder apuntalado por el discurso científico. Los argumentos teóricos del modelo biomédico son, con demasiada frecuencia, incompatible con la realidad de un mundo acosado por una infinidad de problemas sanitarios. No obstante, sirven para trazar la cancha sobre la que deben desplegarse y jugar las políticas de salud, la investigación o la formación académica a nivel global.

El discurso biomédico ilustra con gran pertinencia lo que Sánchez-Parga registra como el desfase entre lo que dicen los discurso y lo que hacen los poderes. Por un lado, “los médicos defienden sus derechos corporativos haciendo valer que no tienen el sentido del privilegio sino de la colaboración” (Foucault, 2006:74). En tal virtud, apelan a una suerte de neutralidad crítica desde la sociedad, la cual no solo que estaría obligada a reconocerles su entrega, sino que debe además aceptar sin mayores cuestionamientos la reproducción y el incremento de su poder ideológico y normativo, así como de su autoridad política, académica y administrativa. En cierta forma, los profesionales médicos deberían estar, por arte de este “sacrificio” a favor de los ciudadanos enfermos, por encima del bien y del mal. Pueden ejercer libremente su poder.

Por otro lado, el discurso biomédico oficial es contradictorio con las formas que asume el ejercicio de la biomedicina. El apostolado sobre el que se erigió el servicio médico ha sido trastocado por la fuerza del mercado, a tal extremo que hoy el juramento hipocrático –en sus distintas versiones– aparece como una mera formalidad. Pese a las reiteradas e insistentes declaraciones de principios, la biomedicina de la modernidad más bien empata con una gigantesca máquina generadora de riqueza.

4.3. AUTONOMÍA SOCIAL Y PODER

Que el modelo biomédico refuerce un sistema basado en la generación de lucro y en la acumulación infinita de riqueza no constituye ninguna novedad, como tampoco lo es que para conseguirlo recurra a un discurso que encubre sus verdaderas pretensiones. En esencia, el modelo biomédico aplica los mismos procedimientos y lógicas sobre los cuales se erigió la propia modernidad capitalista que, como hemos visto, le expidió su partida de nacimiento, lo forjó y lo acogió durante los últimos tres siglos. En este sentido, los postulados de la biomedicina ocupan un lugar similar al que ocupan aquellos de la evangelización cristiana o de la igualdad liberal: son discursos que permiten ambigüedades y contradicciones flagrantes –y muchas veces perversas– en su realización. Esto explica que una ciencia que nació del más primigenio impulso de solidaridad humana y de servicio –curar al enfermo– hay terminado legitimando un ejercicio autoritario de sus funciones.

Es precisamente el autoritarismo del modelo lo que, a nuestro parecer, repercute con mayor evidencia, y con impacto más negativo, en la cultura política de la sociedad, básicamente porque restringe la autonomía de los individuos y del cuerpo social. Como se ha analizado a lo largo de esta investigación, la verticalidad con que el modelo biomédico aume la relación médico-paciente y servicio-usuario conduce a la aceptación de roles dependientes en quienes se encuentran en la base de esta escala epistémica, técnica, económica, social o administrativa. Al ver afectada o mermada su capacidad de decisión sobre algo tan propio como el cuerpo, el paciente tiende a reflejar, reproducir o trasladar esta situación de desventaja o de subordinación al plano político, donde los recursos en juego no presentan las mismas condiciones de pertenencia que la corporalidad individual. Al definir al cuerpo humano como el núcleo vital sobre el cual debe intervenir el poder político, el modelo biomédico puso en práctica una exitosa estrategia de anulación del potencial autónomo de la gente y, en consecuencia, promovió una cultura de la pasividad y la resignación que termina en posiciones político-ideológicas conservadoras.

La pérdida de autonomía respecto del manejo del cuerpo trae implícita la imposibilidad de ejercer soberanía sobre la vida. En el caso del mundo indígena, donde al concepto de vida tiene una connotación más integral, cósmica y totalizadora, esta limitación conlleva efectos catastróficos, porque desestructura todo un universo, no solamente la interioridad del sujeto. Es indudable que la sociedad indígena es mucho más vulnerable que la

sociedad mestiza a la fragmentación de la realidad. Al quitarle el control sobre un componente (la salud/vida del individuo) de esta totalidad, resquebraja la armonía y el equilibrio de los demás componentes (espiritualidad, entorno y comunidad). El modelo biomédico se ha desplazado entre el sometimiento y la condena al modelo andino de salud justamente porque no tiene la capacidad para controlar todos los elementos que estructuran esa concepción sobre la salud y la vida (fundamentalmente el componente mítico-mágico-religioso).

Esta ofensiva, que se manifiesta no solo frente al mundo indígena sino a la sociedad en su conjunto, ha encontrado en la burocracia pública un instrumento tremendamente útil. La idea del funcionario “experto” que sabe perfectamente bien lo que se debe hacer y lo que la población necesita es, en cierta forma, una reproducción del ejercicio biomédico. Al médico que “revela” el padecimiento del paciente y que interpreta su deseo de sanación le sustituye el funcionario público que también conoce e interpreta tanto la necesidad como la voluntad del ciudadano. La población acentúa su tendencia a minimizar su capacidad de decisión a favor de un complejo entramado institucional que sigue siendo inaccesible precisamente por su complejidad, por sus procedimientos engorrosos, por la discriminación, por el elitismo tecnocrático... pero en el cual el usuario sigue depositando sus esperanzas. Es lo que Gramsci (2004:315-316) define como estatolatría: una fase de transición inevitable en el largo camino hacia la construcción de una sociedad civil autónoma; la estatolatría, según este autor, debe diferenciarse del “gobierno de los funcionarios” a fin de evitar el control de la sociedad civil por parte de la burocracia pública, lo cual, según mi opinión, es un riesgo demasiado difícil de prevenir.

De esta relación de subordinación paciente/médico y ciudadano/burocracia a la conexión con el clientelismo político solo media un paso. La imagen mesiánica del salvador del país tiene una inconfundible esencia biomédica: el caudillo populista aparece como el único personaje dotado de conocimientos y capacidades suficientes, únicas, para combatir y derrotar a las enfermedades sociales. El empoderamiento y la participación ciudadana, que vienen a ser los insumos básicos e irremplazables de la autonomía de la sociedad, quedan reducidos a simples enunciados²⁸. El populismo constituye una de las experiencias políticas más eficaces para neutralizar las aspiraciones de autonomía de las bases sociales. Podrá tal

²⁸ No es casual la crisis de participación ciudadana que se ha producido durante el gobierno de Correa, uno de los regímenes con mayor carga efectiva de populismo de la Historia reciente. El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social no puede ser la imagen más patética y contundente de esta crisis.

vez provocar la integración de las masas al mercado, a la producción y a la política electoral, pero a cambio de una dependencia funcional y crónica hacia la autoridad. Por ello resulta un contrasentido, en términos doctrinarios, hablar de populismo de izquierda.

A la anulación del potencial autónomo de la sociedad le corresponde, desde el ámbito burocrático, una fuerte centralización de la administración pública. Ningún proceso autonómico puede producirse sin una profunda descentralización del Estado, porque esta representa un excelente antídoto contra las intenciones de control político de la sociedad. En el campo de la salud esta particularidad puede detectarse con bastante facilidad: las experiencias de descentralización puestas en práctica en el país –no exentas de distorsiones, trampas y manipulaciones, hay que decirlo– generaron interesantes procesos de participación social en el plano local. Muchas de las políticas de salud que se implementaron fueron el resultado de debates, formulaciones y ejecuciones colectivas y consensuadas, en las cuales las organizaciones de base encontraron espacios para intervenir, informarse y, eventualmente, tomar decisiones.

4.4. COLONIALIDAD Y PODER

La superposición de sistemas simbólicos, teóricos, sociales, productivos, económicos, educativos, religiosos, etc. ha sido una constante en la Historia del Ecuador y, obviamente, de América Latina. Como sociedades conquistadas, sometidas por la fuerza y luego colonizadas, hemos vivido en una permanente y agobiante contradicción entre el deseo y la imposición, entre el discurso y la realidad. La única salida posible ha sido el desarrollo de múltiples y creativas estrategias de adecuación y reacción que, no obstante, no nos han librado de incontable efectos indeseados que marcan la pauta del funcionamiento de nuestra sociedad. Quizás la informalidad sea la institución que mejor ilustra esta contradicción y que, en esencia, no es más que la expresión de un proceso de resistencia que dura más de cinco siglos. Desde el lenguaje hasta la democracia, desde la alimentación hasta la tecnología, desde la afectividad hasta el trabajo, el nuestro ha sido un mundo lleno de desencuentros, incoherencias, distorsiones, antagonismos e incompatibilidades, que demuestra la inviabilidad para acoplar una realidad múltiple, plural y desestructurada por la violencia y la dominación con los insumos de una racionalidad greco-latina construida durante tres milenios.

Estas fracturas, es bueno señalarlo, se han ido complejizando en la medida en que la modernidad capitalista nos invade, se expande y permea todos los espacios de la sociedad. No es que nuestros países *ingresan* en la modernidad, como muchos ilusoriamente creen y pregonan; al contrario, la modernidad marca el ritmo y los tiempos de su ocupación (esta diferencia es crucial por cuanto nos remite al verdadero proceso de colonización que se produce aun en la actualidad). Es por ello que las incongruencias en la aplicación del modelo biomédico han sido más evidentes a medida que este ha ido hegemonizando y copando el universo de la medicina como parte del proceso de “modernización” del país. La confrontación entre el modelo biomédico y el modelo andino de salud ha sido una consecuencia de la larga y tesonera resistencia de los pueblos indígenas a la dominación cultural interna, resistencia que adquiere nuevas dimensiones, formas, perspectivas y connotaciones en las últimas tres décadas a partir de la consolidación política, social y cultural del movimiento indígena. La irrupción de propuestas como la pluriculturalidad o la interculturalidad en la conformación, adecuación y constitución del Estado ha obligado a una reingeniería de los sistemas de dominación cultural. Este cambio implica, entre otros puntos, la aceptación y/o revalorización de los saberes ancestrales y originarios en la medicina. Pero al mantenerse dentro de la misma matriz capitalista y occidental de dominación, esta redefinición de relaciones ha provocado –en el caso del modelo biomédico– una interminable serie de adaptaciones no exentas de incoherencia.

La similitud de lo expuesto con el proceso de dominación política salta a la vista. El tipo de inestabilidad política que experimenta el Ecuador durante este mismo período responde a la misma lógica. La imposición de una formalidad democrática que se estrella con una realidad diversa, informal, compleja e inasible, y con la respuesta inconforme de múltiples actores sociales, provoca el desquiciamiento del sistema. El funcionamiento de la sociedad termina pareciéndose a un rompecabezas armado con piezas de diferentes juegos: para que encajen habrá que cortarlas, remendarlas o meterlas a la fuerza; el resultado final será un plano indefinible, una mezcla abigarrada, arbitraria y caótica de formas y colores. El sistema democrático de matriz occidental resulta disfuncional en tanto su aplicación responda a fundamentos deformados por la colonización. Así, la informalidad se convierte en la estación final de este abrupto y sinuoso recorrido, del cual participan por igual todos los sectores, grupos y clases sociales.

4.5. AUTONOMÍA INDIVIDUAL Y PODER

Se algún elemento se ha visto afectado por la colonialidad del modelo biomédico es el potencial autonómico del individuo en tanto sujeto que enfrenta el proceso de salud/enfermedad. Al delegar al sistema médico o al profesional médico la potestad sobre su cuerpo, renuncia al principio de soberanía más básico y elemental. Desde una perspectiva emancipadora, el control sobre el propio cuerpo es más liberador aun que el control sobre los medio de producción porque es anterior. Es por ello, justamente, que el capitalismo viene desarrollando, desde hace mucho tiempo, estrategias cuyo objetivo central apunta al control de la vida y la población (Foucault, 2010:220-222) más que del proceso productivo específico. La desarticulación y debilitamiento mundial del proletariado como clase antagónica, cuya función hasta los años 70 del siglo pasado fue la de mantener espacios y procesos para la lucha política y la elaboración de proyectos alternativos al capitalismo, ha permitido a los dueños del capital restarle atención al movimiento obrero como contradictor principal. El “progresivo e implacable desmantelamiento de los instrumentos de autodefensa y amparo de la mano de obra” (Bauman, 2010:77) ha convertido a las fábricas en escenario para una despiadada competencia entre individuos que buscan el mejor posicionamiento en la escala de beneficios laborales.

En esta estrategia de control, la biomedicina ha resultado ser sutilmente más eficaz que los tradicionales instrumentos del poder. La medición clínica de toda la población, por ejemplo, ha permitido a la autoridad político-académica imponer normas respecto de las condiciones de salud/enfermedad a las que debemos someternos todos. Los ciudadanos enfermos convertidos en pacientes de una “normalidad” oficial: parámetros estandarizados de presión arterial, peso, colesterol, etc. Por eso hoy es necesario redefinir el concepto de enfermedad, de la misma forma que hay que hacerlo con el concepto de “enfermedad social” y sus manifestaciones comúnmente más difundidas: atraso, subdesarrollo, marginalidad, analfabetismo, precariedad, inaccesibilidad, improductividad (ver Illich, s/d). Desde esta perspectiva, el modelo biomédico aparece, entonces, como una estructura profundamente conservadora, que condiciona nuestras vidas a los referentes impuestos desde el statu quo, donde las “anormalidades” médicas terminan pareciéndose demasiado a las “anormalidades” políticas, sociales o culturales. Las personas aquejadas de obesidad, cáncer, SIDA o

hipertensión pueden tranquilamente ingresar a la cada vez más extensa y cenagosa lista de discriminados del sistema: migrantes, indígenas, subversivos, pobres, campesinos, homosexuales...

Ya nadie disiente a estas alturas de que la salud constituye un derecho humano fundamental e irremplazable. No solo eso: la satisfacción de ese derecho “es uno de los componentes de mayor potencia en la construcción de ciudadanía” (Madariaga, 2008:3). Si al ejercicio de este derecho le adjuntamos la realización plena de la soberanía individual que representa el control sobre el cuerpo de cada uno, estamos desembocando –de manera inevitable y provechosa– en el vasto, fértil e ilimitado valle de la autonomía del sujeto y, por consiguiente, de la autonomía social. Se trata, en síntesis, de trazar el camino hacia ese ideal de emancipación esbozado por Habermas, que posibilita la liberación del sujeto humano, como especie y como individuo, de todo poder social o natural que conlleve la negación del sujeto y de su autonomía. Según este pensador, la autorreflexión es fundamental para impulsar este proceso de liberación (Habermas, 1965:172; citado por Olmedo Llorente, 1991:190)

Como lo afirma Menéndez (1984:1), el autocuidado de la salud trae implícita una actitud de empoderamiento que puede fortalecer la autonomía de una comunidad, grupo, familia o individuo. La autogestión colectiva de la salud es una escuela práctica y dinámica de democracia. La reciprocidad en un modelo de salud alternativo favorece la cohesión social y evidencia el potencial de la solidaridad y de las redes sociales²⁹. El autocuidado de la salud puede servir, en las condiciones señaladas, como un hábito que neutralice o atenúe muchas de las creencias, prácticas y valores autoritarios de nuestra cultura política que, entre otros rasgos, valora muy poco las prácticas sociales como la autodisciplina, el autocuestionamiento o la autoimposición de límites en aras de una convivencia social más armónica y respetuosa. “Al contrario, [en el Ecuador] se aprecia la capacidad de expandir el arbitrio hasta donde sea posible vencer la voluntad de los demás” (Bustamante, 2003:366).

²⁹ Uno de los médicos entrevistados plantea que al romper la confianza entre el médico y el paciente, el modelo biomédico destruye la cohesión social. Entrevista Q-1206-2012.

4.6. EPISTEMOLOGÍA Y PODER

Una conclusión final nos remite, inevitablemente, a un tema que no por ser tratado al último deja de ser importante: la ciencia médica y el paradigma positivista sobre el cual se construyó. Aunque podría argumentarse que las formas en que la medicina moderna se acerca a la realidad responde a la filosofía positivista más que el modelo biomédico (entrevista C-1005, 2012), no puede descartarse que luego de tres siglos de progresiva entronización, el modelo biomédico ha extremado principios como el del fraccionamiento de la realidad aplicado al cuerpo humano. Con mayor ahínco y mérito que otras disciplinas, la biomedicina ha cumplido con la consigna de parcelar su objeto de estudio e intervención más allá de todo límite razonable, destruyendo las visiones integrales y holísticas sobre la salud y la vida. La idea central e insustituible de un ser humano conectado con su interioridad, con su entorno natural y social y con su espiritualidad queda neutralizada por la razón instrumental y la fetichización tecnológica.

En estas condiciones cabe perfectamente el señalamiento que hace Madariaga (2008:1):

La transformación de la perspectiva biomédica es una biopsicosocial es un problema esencialmente político e ideológico que apunta a modificar ciertas estructuras del saber/poder en el campo de las ciencias que son las responsables históricas del ejercicio uniculturalista de la medicina en el mundo actual.

En un sentido similar, pero más práctico, se pronuncian algunos de los entrevistados, a propósito de lo que consideran debe ser la formación de los médicos como profesionales con una visión mucho más amplia sobre la problemática de la salud, proceso en el cual la antropología jugaría un rol fundamental (entrevista C-2303, 2012). La sociedad requiere de médicos que se salgan de los estrechos límites establecidos por el modelo biomédico para entender al ser humano dentro de un entorno comunitario y familiar (entrevistas Q-1504, 2012; Q-1206, 2012), en una permanente interacción con la naturaleza y el cosmos, y dotado de una espiritualidad que puede intervenir positivamente en la consecución de una vida de plenitud (el sumak kawsay). Esto implica, entre otros aspectos, la investigación médica desde parámetros alternativos a los estándares impuestos desde la racionalidad biomédica, en

consonancia con la propuesta que hace Boaventura de Sousa Santos (2010:43-51) a propósito de la producción de conocimientos desde una epistemología del sur. A partir de estas iniciativas seremos capaces de construir también una democracia diferente.

BIBLIOGRAFÍA

- ADOUM, Jorge Enrique, *Ecuador: señas particulares*, Eskeletra Editorial, Quito, 1997.
- ALMOND, Gabriel y VERBA, Sydney, *The Civic Culture. Political Attitudes and Democracy in Five Nations*, Princeton University Press, New Jersey, 1963.
- *The Civic Culture Revisited*, Sage Publications, Newbury Park, Estados Unidos, 1980.
- “La cultura política”, en Batlle Albert (compilador), *Diez textos básicos de ciencia política*, Ariel, España, 2000.
- ASSIES, Wilem, CALDERÓN, Marco Antonio y SALMAN, Ton, “Ciudadanía, cultura política y reforma del Estado en América Latina”, en *América Latina Hoy*, 32, 2002, pp. 55-90, Ediciones Universidad de Salamanca.
- ARISTÓTELES, *La política*, Ediciones Libertador, Buenos Aires, 2010.
- BAUMAN, Zygmunt, *La cultura como praxis*, Paidós, Barcelona, 2002.
- *En busca de la política*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2011.
- *La sociedad sitiada*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2011a.
- *Identidad*, Losada, Buenos Aires, 2010.
- BERSTEIN, Serge, *Les cultures politiques en France*, Editions du Seuil, Paris, 1999.
- BREILH PAZ Y MIÑO, Jaime, *Epidemiología. Economía política y salud*, Universidad Andina Simón Bolívar/Corporación Editora Nacional, Quito, 2010.
- BURBANO DE LARA, Felipe (compilador), *Democracia, gobernabilidad y cultura política*, FLACSO, Quito, 2003.
- BUSTAMANTE, Fernando, “Cultura política y ciudadana en el Ecuador”, en BURBANO DE LARA, Felipe (compilador), *Democracia, gobernabilidad y cultura política*, FLACSO, Quito, 2003.
- CASSIRER, Ernst, *The Myth of the State*, Doubleday, 1955.
- CASTELLS, Manuel, “La globalización, la identificación y el Estado: ¿un Estado impotente o un Estado red?”, en CASTELLS, Manuel, *La era de la información. El poder de la identidad*, Alianza Editorial, Madrid, 2003.
- CERNADAS DE BULNES, Mabel N., “El velo de la ilusión democrática: reflexiones sobre algunos rasgos de las culturas políticas en Argentina”, en *Cultura política y democracia*, UNS-CONICET, s/d.

- CLASTRES, P., “La cuestión del poder en las sociedades primitivas”, en *Investigaciones en Antropología Política*, Gedisa, Barcelona, 1981.
- CRAIG, Ann L. y WAYNE A. Cornelius, “Political Culture in Mexico: Continuities and Revisionist Interpretations”, en ALMOND Gabriel A. y VERBA Sydney, *The Civic Culture Revisited*, Sage Publications, Newbury Park, Estados Unidos, 1980.
- CUVI, Juan, *La enfermedad silenciosa. Una mirada social a la automedicación en el Ecuador*, Corporación Acción Vital, Quito, 2010.
- DE LA TORRE, Carlos, “Abdalá es el repugnante otro”, en BURBANO DE LARA, Felipe (compilador), *Democracia, gobernabilidad y cultura política*, FLACSO, Quito, 2003.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, Vigésima Primera edición, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1994.
- ECHEVERRÍA, Bolívar, *Las ilusiones de la modernidad*, Tramasocial editorial, Quito, 2001.
- ESCOBAR, Arturo, *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Grupo Editorial Norma, Bogotá, 1996.
- ESTRELLA, Eduardo y CRESPO-BURGOS, Antonio, “La medicina en la época prehispánica”, en *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX*, varios editores, Quito, 2002.
- FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI editores, México, 2006.
- *L’archéologie du savoir*, Édition Gallimard, 1969.
- *Los anormales*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2011.
- *Seguridad, territorio, población*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2011a.
- *Defender la sociedad*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2010.
- *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2011b.
- *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2010a.
- *Historia de la sexualidad 3 la inquietud de sí*, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2010b.
- GRAMSCI, Antonio, *Antología*, Siglo XXI Editores, Argentina, 2004.
- GUTIÉRREZ, R., El campo conceptual de la cultura política, en *Argumentos*, 18, 1993.
- HABERMAS, Jürgen, *Conocimiento e interés*, s/d, Frankfurt, 1965.

- HANAUSKE-ABEL, H., "From Nazi Holocaust to nuclear holocaust: A lesson to learn?", en *Lancet*, pp. 271-273, 1986.
- HERRERA MONTERO, Luis y GUERRERO ARIAS, Patricio, *Por los senderos del yachak. Espiritualidad y sabiduría de la medicina andina*, Abya Yala, Quito, 2011.
- HOBBSAWM, Eric, *Cómo cambiar el mundo*, Crítica, Barcelona, 2011.
- HURTADO, Osvaldo, *El poder político en el Ecuador*, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 1979.
- ILLICH, Iván, *Némesis médica*, Joaquín Moritz editores, s/d (versión electrónica).
- JIJÓN Y CHILUISA, Jacinto, *Longos. Una crítica reflexiva e irreverente a lo que somos*, Ediciones Abya Yala/FIAAM, Quito, 1999.
- KRAKAUER, Erik, "On Medicine and Politics", en *The Yale Journal of Biology and Medicine*, No. 65, pp. 243-249, 1992.
- LANDER, Edgardo, *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, CLACSO, Buenos Aires, 2000.
- LANDY, David (ed), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, Macmillian Publishing Co., New York, 1977.
- LECHNER, Norbert (compilador), "Presentación", en *Cultura política y democratización*, FLACSO-CLACSO-ICI, Santiago de Chile, 1987.
- LESLIE, Charles M., "Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical System", en LANDY, David (ed), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, Macmillian Publishing Co., New York, 1977.
- LIEBAN W., Richard, "The Field of Medical Anthropology", en LANDY, David (ed), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, Macmillian Publishing Co., New York, 1977.
- MADARIAGA, Carlos, "Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico", en *Reflexión* no. 36, ed. CINTRAS, Santiago, diciembre 2008.
- MARTÍNES MESANZA, Julio, *La medicina política*, s/d, (fotocopiado).
- MATEOS, Araceli, *Cultura política*, s/d, (documento electrónico).
- MENÉNDEZ, E. L. y DI PARDO R. B., "La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita", en *Salud Colectiva*, 2008, 4 (1) pp. 9-30.

- MENÉNDEZ, Eduardo L., *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Cuadernos de la Casa Chata 86/CIESAS, 1984.
- “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, abril-mayo 1988.
- “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional”, en *Alteridades*, 1994, 4 (7), pp. 71-83.
- “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, en *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, v. XVI, n. 46, 1998.
- “Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos”, en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (ed), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, ediciones Bellaterra, Barcelona, 2000.
- *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2002.
- “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, en *Revista de Antropología Social*, año/vol. 014, 2005.
- “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”, en *Salud Colectiva*, v. 9, n. 1, Lanús, enero-abril 2005 (b).
- “Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales”, en *Relaciones*, año/vol. XXVII, n. 107, México 2006.
- MILLÁN LA RIVERA, Cecilia, “Cultura política: acercamiento conceptual desde América Latina”, en *Perspectivas de la comunicación*, vol. 1, no. 1, Chile, 2008.
- MOERMAN, Daniel E., “Anthropology of Symbolic Healing”, en *Current Anthropology*, vol. 20, n. 1, marzo 1979.
- MORIN, Edgar, *Le paradigme perdu: la nature humaine*, Editions du Seuil, 1973.
- MUÑOZ, Jacobo, *Lecturas de filosofía contemporánea*, Ariel, Barcelona, 1984.
- OLMEDO LLORENTE, Francisco, *Introducción a la Epistemología*, Universidad del Azuay, Cuenca, 1991.
- OTEGUI PASCUAL, Rosario, “Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento”, en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (ed), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, ediciones Bellaterra, Barcelona, 2000.
- PARSONS, Talcott, *The Social System*, The Free Press, New York, 1951.

- PEDERSEN, Duncan, COLOMA, Carlos, LANDÁZURI, Helena y PÉREZ, Pilar, *Estructura de los sistemas no formales de salud*, Programa de Antropología para el Ecuador, Quito, 1979.
- PESCHARD, J., *La cultura política democrática*, Instituto Federal Electoral, México, 2001.
- RAMÍREZ GALLEGOS, Franklin, “Explorando en un agujero negro. Apuntes para una crítica de las visiones dominantes sobre cultura política en el Ecuador”, en BURBANO DE LARA, Felipe (compilador), *Democracia, gobernabilidad y cultura política*, FLACSO, Quito, 2003.
- RAMÍREZ HITA, Susana, *Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*, ISEAT, Bolivia, 2011.
- SÁNCHEZ-PARGA, José, “El pensamiento crítico contra el poder de los discursos”, s/d, (fotocopiado).
- SANTOS, Boaventura de Sousa, *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*, Instituto Internacional de Derecho y Sociedad/Programa Democracia y Transformación Global, Lima, 2010.
- SEPILLI, Tullio, “De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación”, en PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (ed), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, ediciones Bellaterra, Barcelona, 2000.
- SIVIN, Nathan, “Science and Medicine in Imperial China. The State of the Field”, en *The Journal of Asian Studies*, vol. 47, no. 1, february 1988.

ENTREVISTAS

Patricia Benavides
Marcelo Aguilar
Ricardo Hidalgo O.
Jaime Morales
Juan Moreira
Édgar Rodas
José Miguel Iturralde