



La medicalización como estrategia biopolítica.

Paula G. Rodríguez Zoya

paula.rzoya@gmail.com

1. Introducción

Los estudios sobre biopolítica han tenido una amplia difusión en los últimos años y, en nuestros días, la tendencia no se ha revertido. Amplia también es la diversidad de líneas de investigación que trabajan la articulación de biopolítica con distintas problemáticas. En este momento, daré lugar a un conjunto de reflexiones y argumentos en torno a los procesos contemporáneos de medicalización, temática que se inscribe en la articulación de los estudios de biopolítica y la cuestión relativa al cuidado de la salud.

La exposición estará organizada a partir de una secuencia de momentos articulados entre sí. El primero, titulado *Preludio en clave de fundamentación disciplinar*, se encuentra organizado en dos apartados. Mediante el primero de ellos se buscará fundamentar la pertinencia y relevancia de intervenir en el estudio de los procesos de medicalización desde el campo de las ciencias de la comunicación; mientras que el segundo, advertirá sobre la complejidad de los fenómenos al identificar distintos niveles de la problemática analizada.

En el segundo momento, sobre *La radicalidad de los procesos de medicalización como estrategia biopolítica*, se examinará el vínculo entre biopolítica y medicalización a partir de la consideración de las implicancias del control biopolítico y las nociones de cuerpo y de vida, asociadas a otras como las de enfermedad, amenaza, deseo y dolor; así también, se explorará el rol de las industrias farmacéuticas en los procesos de medicalización, y los mecanismos de mercantilización de la salud y la enfermedad.

El tercer momento, será el lugar para sugerir ciertos desafíos y posibilidades de acción, particularmente desde las ciencias de la comunicación, para la comprensión de los fenómenos que se estudian: una *Intervención táctica en el paradigma de la medicalización*. Así, tendrán lugar algunas observaciones para la deconstrucción de la compleja ingeniería simbólica que ponen en marcha las industrias farmacéuticas.

Finalmente, a modo de conclusión, se efectuará un *Balance y propuestas para un proyecto de investigación*, donde no se buscará lograr un resumen de todo lo dicho, sino asumir una mirada retrospectiva sobre las argumentaciones y reflexiones vertidas, a fin de proponer algunas pautas y objetivos pertinentes para una investigación que se inscriba en la articulación de biopolítica y el cuidado de la salud.

A riesgo de producir un efecto de recargo visual, la apertura de las secciones y apartados será ilustrada mediante frases seleccionadas para acentuar un sentido e imprimir una tonalidad a las palabras que las acompañan.

Las páginas se encuentran en blanco y las manos, dispuestas. Comencemos la tarea.

2. Preludio en clave de fundamentación disciplinar

“Mis viajes más bellos, los más dulces, los he hecho al calor del hogar y con los codos reposando en los brazos desgastados del sillón de mi abuela [...]. Es que no se trata tanto de viajar como de partir; ¿quién de nosotros no tiene algún dolor que distraer o algún yugo que sacudir?”

George Sand (1804-1876), escritora francesa

La tarea de delimitación de un tema, construcción de un objeto de estudio y selección de un enfoque entre otros posibles para su indagación son, sin duda, procesos complejos que provocan la emoción de ser artífice de un nacimiento; y que, contradictoriamente, conllevan inquietud y satisfacción. Cada vez que nos proponemos abordar un nuevo tema o una nueva perspectiva, implica asimismo abordar una embarcación que nos conducirá –y a la que nosotros mismos debemos conducir– hacia destinos previstos en nuestro itinerario, y hacia otros ni siquiera sospechados. Ese viaje requiere no sólo dirigir la atención sobre los otros, sino también sobre nosotros mismos: a donde deseamos arribar y también desde donde partimos. Asimismo, convoca una disposición subjetiva que estimule la indagación, habilite la sorpresa y procure la acción.

En ese viaje estamos embarcados. Éste es el momento previo a la partida, un preludio. En música se denomina preludio a aquello que se toca o canta para ensayar la voz, probar los instrumentos o fijar el tono antes de comenzar la ejecución de una obra musical¹. En esta sección me propongo, justamente, ensayar algunos enfoques habilitados desde el vasto y heterogéneo campo de las ciencias de la comunicación con el objetivo de fundamentar la pertinencia y relevancia de intervenir desde dicho campo en los estudios de biopolítica y, en particular, sobre los procesos contemporáneos de medicalización. A lo largo del trabajo se juega con la idea plasmada en el primer epígrafe respecto a emprender una partida, pero no para *distraer* dolores, como pareciera ser la norma en estos días, sino para *atender* y *advertir* cómo y por qué se pretende distraerlos.

2.1. Visiones de la medicalización desde las ciencias de la Comunicación

“El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos caminos sino en tener nuevos ojos”.

Marcel Proust (1871-1922), escritor francés

El momento de la partida siempre supone un *aquí*; un lugar, si bien no propio, próximo o conocido. De donde partimos es del campo que nos es familiar, en este caso, el de las ciencias de la comunicación. El mapa de tradiciones o estudios en/de Comunicación goza de gran amplitud y no se priva de debates. Realizar un recorte, elegir desde dónde mirar un fenómeno es ya una toma de posición; sin embargo, descartar de antemano una u otra perspectiva sería limar ciertas aristas del prisma desde donde debemos observar la complejidad del tema que abordamos.

¹ Consultada la vigésima segunda edición del Diccionario de la Real Academia Española.

Respuestas en torno a biopolítica y medicalización para nuevas preguntas

A fin de distinguir el modo en que diversos enfoques se aproximarían al tema de la medicalización, debemos comenzar por reunir la información fundamental sobre el mismo. Mucho es lo que se ha dicho y se dice sobre biopolítica y medicalización, y no he dicho nada aún. A modo de presentación concisa pero contundente del tema que nos convoca, propongo seguir el esquema que una forma de comunicación de renombrado peso y amplia influencia en nuestra sociedad contemporánea, la comunicación periodística, emplea como fórmula para dar cuenta de los datos relevantes del hecho que narra: el esquema de *las cinco W* que responde a las preguntas *qué, quién, cuándo, dónde y por qué*².

La primera de las preguntas apunta a conceptualizar de *qué* hablamos cuando hablamos de biopolítica y de los procesos de medicalización contemporáneos. La noción de biopolítica hace referencia al poder que actúa sobre la vida, pero no sobre el cuerpo individual del hombre sino en dirección al hombre-especie; un tipo de tecnología de poder que trabaja con la población como problema biológico y como problema de poder, un poder de regulación que hace vivir y deja morir (Foucault, 1996c)³. Una delgada línea se tiende entre poder y vida. Ambas esferas se usurpan mutuamente en un movimiento donde el poder penetra el cuerpo –ya sea individual o colectivo- a través de la nervadura de la vida; y la vida, a través del cuerpo, se vuelve objeto del poder. Me arriesgo a decir que para el poder, el cuerpo es una excusa; y para la vida, una necesidad. ¿Qué pasa cuando esa necesidad se pone en tensión y el cuerpo se vuelve una posibilidad para la categoría de vida?⁴ Preguntas como éstas nos llevan a confirmar que para dar una definición de biopolítica no cabe más que una perspectiva genealógica. En el marco de los procesos de medicalización y los avances en inmunología, genética, neurociencias y biotecnología, las definiciones mismas de cuerpo y vida se ven modificadas; y, por lo tanto, también se transforman los mecanismos que la biopolítica como gestión de la vida y regulación de los procesos biológicos del hombre-especie pone en juego. Siguiendo la línea de esta articulación entre poder y vida, Foucault analiza la vinculación entre la medicina, el poder, la

² En el artículo "Estructura y función de la comunicación de masas", publicado en 1948, Harold Lasswell presenta su teoría sobre el comportamiento de las masas en respuesta a determinados estímulos, dando pie a las preguntas que se deben tener en cuenta para analizar e interpretar un acto de comunicación. Estas preguntas son: ¿quién dice?, ¿qué cosa dice?, ¿en qué medio lo dice?, ¿a quién lo dice?, ¿con qué fin? (modelo tomado de Aristóteles). Los desarrollos de Lasswell han derivado en el método aceptado y adoptado por la comunidad de periodistas como fórmula de las 5W por las iniciales en inglés de los adverbios *what, who, when, where, why*.-Al respecto puede consultarse Fontcuberta, Mar, *Estructura de la noticia periodística*, Editorial A.T.E., Barcelona, 1980.

³ La diferencia entre tecnologías de poder señaladas por Michel Foucault permiten distinguir en el seno del siglo XVIII un cambio de la práctica y la razón gubernamental de una anatomopolítica del cuerpo humano individual a una biopolítica de la especie humana. En sus palabras: "Tras una toma de poder sobre el cuerpo que se efectuó según la individuación, tenemos una segunda toma de poder que procede en el sentido de la masificación" (Foucault, 1996c:196). Por otra parte, la referencia al poder de hacer vivir y dejar morir corresponde al ejercicio del *poder sobre la vida*, mientras que el derecho de vida y muerte en el *poder soberano* se ejercía en el sentido inverso: hacer morir o dejar vivir. Tanto la anatomopolítica (disciplinas del cuerpo) como la biopolítica (regulaciones de la población) refiere a la organización del poder sobre la vida, estando los objetivos del biopoder dirigidos a la regulación de los nacimientos, los decesos, la tasa de fecundidad y reproducción, la salud, la higiene, la longevidad, etc.

⁴ A través de esta pregunta me hago eco de las implicancias en torno a la noción de *cuerpos intercambiables* (Virilio, 1999) y la de *material humano*, junto con el planteo de una *nueva economía política de la vida* (Iacub, 2004).

economía y la sociedad, y afirma que la medicina forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder; mientras que la preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma de regulación de la sociedad. El concepto de medicalización hace referencia a los procesos por los que la medicina deja de tener un campo exterior a sí, de modo que todo en la sociedad se torna medicalizable (1996b). Más allá del énfasis sobre ciertos aspectos y variables que diversos abordajes hacen de la temática, en líneas generales se acuerda en definir a la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y abarca diversos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas” (Kishore, 2002).

La segunda pregunta busca identificar *quiénes* son los actores sociales involucrados en los procesos contemporáneos de medicalización, que configuran un escenario multi-actoral y multi-relacional⁵. Los *profesionales de la salud*, los médicos, se encuentran en el núcleo de la medicalización⁶; se constituyen tanto en agentes cardinales para que el proceso prospere, como en víctimas de una sociedad que deposita en la medicina las expectativas de solución de un gran conjunto de preocupaciones que muchas veces desborda ese ámbito (Infac, 2005). El *Estado* y, concretamente, los *gobiernos* a través de *autoridades sanitarias*, debe implementar políticas y programas sanitarios para dar atención a las necesidades de la población⁷; asimismo, le incumbe la sanción de leyes y normativas que regulen la cuestión⁸. Mediante los procesos de medicalización los individuos son convertidos en pacientes al considerarlos enfermos o enfermos potenciales (Infac, 2005). Así, distintos sectores de la *población* son los destinatarios, consumidores-usuarios de productos y servicios de salud; y al mismo tiempo, son ellos el origen de las demandas de mejoramiento de la salud. Por otro lado, a partir de los procesos de mercantilización de la salud (Escudero, 2007), las *industrias químico-farmacéutica*, considerando asimismo las organizaciones de la *institución médica*, juegan un rol activo de doble anclaje: tanto en la producción y comercialización de productos y servicios, interviniendo en la organización de la atención de la salud y en el grado de accesibilidad de la población a sus prestaciones; como también en la construcción de patrones de legitimación de consumo de medicamentos (Laplacette y Vignau, 2008). Dentro del sector privado, y cumpliendo un rol igualmente activo y decisivo, ubicamos a los *medios de comunicación* que, desde diferentes tipos de soporte difunden, cada vez más, información sobre riesgos y enfermedades; así como también, promueven productos – alimentos, medicamentos o tratamientos- convertidos en necesidades para la población, conforme a un criterio de noticiabilidad con base en intereses económicos.

Para dar una respuesta al *cuándo* debemos, ante todo, contemplar la dificultad que entraña situar temporalmente los fenómenos de los que nosotros mismos como sociedad somos testigos; así como también, delinear una génesis de los procesos en los que estamos inmersos. Pero sabemos, justamente, que lo intentamos comprender son procesos, y que es factible rastrearlos durante siglos. En esa dirección, son precisos y virtuosos los aportes de Foucault, en particular los estudios sobre la historia

⁵ Por cuestiones de espacio, en este momento no me detendré en un análisis de los actores sociales que ponga en juego el posicionamiento diferencial en sus mutuas relaciones.

⁶ Veremos sin embargo que la centralidad del rol de los médicos ha ido menguando y desplazándose a otros ejes de poder como lo son las industrias farmacéuticas.

⁷ Algunos planteos identifican a las autoridades sanitarias como un actor menos evidente y que habitualmente interviene por omisión (Infac, 2005).

⁸ Graciela Laplacette y Liliana Vignau (2008) observan que en general, las legislaciones operan desde un modelo tradicional que considera al consumo de fármacos y sustancias como un problema individual, sin tener en cuenta su grado de vulnerabilidad, de exposición al producto ni otros determinantes socio-históricos que hacen al fenómeno.

de la medicalización donde traza una línea entre biohistoria, medicalización y economía de la salud, y presenta el problema del “desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el ‘despegue’ médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII” (Foucault, 1996b); así como también, las reflexiones en torno a los ejercicios del poder por parte del Estado durante el siglo XIX, tendientes a una “estatización de lo biológico” (Foucault, 2000)⁹. No obstante, a fines del siglo XX y en lo que va del siglo XXI, podemos advertir un giro en la biopolítica, regida e inclinada a la búsqueda del crecimiento de nuestras capacidades de control, gestión, formación y modulación de nuestros aspectos vitales (Tirado, 2008)¹⁰. A su vez, Peter Conrad (2005) señala que en las últimas décadas se han suscitado cambios en la medicina y postula la necesidad de desplazar la focalización de los procesos de medicalización del rol del médico como motor de dichos procesos a los consumidores y los intereses del mercado, en donde adquieren especial poder las empresas químico-farmacéuticas.

Responder al *dónde* no supone localizar espacios concretos donde opera la medicalización, sino comprender diversos desplazamientos acontecidos en esta larga modernidad que, al decir de Esposito (2006), es el lugar más que el tiempo “en el que la vida entra directamente en los mecanismos y dispositivos del gobierno”. Por un lado, cabría pensar en la dirección hacia dónde apuntan las tecnologías de poder. En el siglo XVIII, según da cuenta Foucault (1996c), existieron una anatomopolítica del cuerpo individualizado, y una biopolítica centrada sobre la vida de la población, en la que “los cuerpos son ubicados en procesos biológicos de conjunto”. Mientras que el neoliberalismo daría paso a lo que Tirado (2008) denomina una “nueva semántica biopolítica”, un tiempo en el que la acción se dirige sobre la propia vida, su definición y las racionalidades y tecnologías que la rigen¹¹. Otro desplazamiento, también acontecido a mediados del siglo XVIII, es el señalado por Foucault (1996b) que va de la instancia médica a la instancia hospitalaria, y cuyo corolario es la medicalización de la organización hospitalaria a través de “la introducción de mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital”. En cambio, los procesos contemporáneos de medicalización desbordan una institución y se dirigen al conjunto de la sociedad pero penetrando individualmente, permeando las prácticas, las expectativas, las creencias y las mismas definiciones de cuerpo, vida, salud y enfermedad.

Finalmente, el *por qué* está dirigido a interrogarnos no sólo por los motivos para trabajar en torno a la noción de biopolítica y los procesos contemporáneos de medicalización, sino también a comprender la importancia y necesidad de ocuparse del vínculo entre ambos. Existen distintas líneas de investigación sobre biopolítica que trabajan su articulación con diversas problemáticas como, por ejemplo, la construcción de identidades sociales y memoria colectiva, el posthumanismo, las tecnociencias, la marginalidad y la exclusión, el uso del tiempo; o bien, desde la perspectiva de campos como la filosofía, la teoría política, la estética, la arquitectura, el urbanismo, la kinésica, la bioética, etc.¹². Igualmente, son estudiadas las transformaciones de la biopolítica al calor de los avances en genética, inmunología y biotecnología, y cómo éstos implican, a su vez, una redefinición de las nociones de cuerpo y vida. Cabe señalar que nuevos

⁹ Puede leerse una articulación de estas lecturas en Ávila Fuenmayor y Ávila Montañó (2010).

¹⁰ Según Francisco Tirado (2008), asistimos a una política que no está limitada por los polos salud-enfermedad, y que, en sus palabras es “la era de las tecnologías reproductivas, de los psicofármacos, de los xenotransplantes, de los organismos modificados genéticamente y las tecnologías que extienden la vida más allá de la muerte cerebral”.

¹¹ Siguiendo a Costa y Rodríguez (2009), “esta resonancia entre el neoliberalismo y una biopolítica de nuevo cuño se puede relacionar, a su vez, con la propuesta de Deleuze acerca de la emergencia de las sociedades de control que algunos autores relacionan con el concepto de ‘sociedades de seguridad’ que acuñó Foucault en *Seguridad, territorio, población*”.

¹² Sobre algunas de las líneas de trabajo aquí enumeradas, se pueden consultar proyectos de investigación en: <http://www.biopolitica.cl/pags/portada.html>.

anclajes de sentido de estas nociones íntimamente vinculadas a la biopolítica, reorganizan el campo semántico en el que es posible ubicar también significantes de salud, bienestar, juventud, belleza, vitalidad, malestar, dolor, riesgo, enfermedad, envejecimiento, muerte, etc. Por ello es destacable que, a la luz de estos cambios, una temática fundamental, aunque menguada dentro este campo de estudios, la constituye el vínculo entre biopolítica y el cuidado de la salud. Dicha articulación habilita sentidos que impactan en la constitución de la subjetividad, procesos en los que el fenómeno de la medicalización juega un papel sustantivo. No agotaré aquí la fundamentación, no se trata de enarbolar teorías y definiciones, ni desecharlas; sino más bien todo lo contrario, dar batalla en el terreno de las definiciones y pensar cómo y por qué la medicalización puede ser erigida en estrategia biopolítica.

Los procesos de medicalización como proceso de comunicación

Ahora bien, me propuse realizar una presentación de cómo los procesos de medicalización pueden ser abordados desde distintos enfoques comprendidos en el campo de las ciencias de la comunicación. Cabría observar que la relación entre los actores sociales involucrados en los procesos de medicalización nos permite interpretar dicho escenario como un proceso comunicacional. Todo proceso de comunicación involucra un *emisor* que emite un *mensaje* a un *receptor* a través de un *contacto* o canal, valiéndose de un *código* común a ambos en un determinado *contexto* de referencia que vuelve operante al mensaje (Jakobson, 1981). A continuación intentaré imaginar las implicancias de posicionarse en cada uno de esos componentes constituyentes del proceso de comunicación como lugar desde donde abordar una investigación sobre medicalización.

En relación al *emisor*, a primera vista pareciera que son los medios de comunicación los que emiten la información, cada vez más heterogénea, que prolifera sobre salud y temas médicos. No obstante, enseguida advertimos que el hecho que ellos intervengan de modo decisivo en el proceso y sea reconocida su influencia, es síntoma de la estabilidad alcanzada por los cambios que devinieron en el denominado proceso de mediatización en la era de la información (Castells, 2000). Va de suyo que el reconocimiento del rol de los medios en nuestra sociedad, no implica que simétricamente reconozcamos que son ellos los productores responsables de los procesos sociales originados a partir de las configuraciones simbólicas que ellos viabilizan. Por lo tanto, desde mi punto de vista, no se trata simplemente de descubrir y describir el rol de los medios de comunicación como agentes difusores de nuevos productos y servicios de consumo: alimentos, medicamentos, tratamientos destinados al cuidado y mejoramiento de la salud; en ese sentido, los medios son el *canal* o contacto que habilita que el proceso de comunicación o, mejor dicho, la transmisión de información, prospere en escala masiva. Más aún, debemos preguntarnos por los actores sociales –digámoslo: las industrias químico-farmacéuticas a través de los laboratorios e instituciones médicas- que los emplean, justamente, como medios y se valen de su lógica simbólico-económica para alcanzar sus intereses. Sin embargo, es de mensajes mediatizados de lo que disponemos para analizar los sentidos construidos desde la instancia emisora.

La instancia del *mensaje*, en el proceso que nos convoca, corresponde a la información que se hace circular a través de distintos tipo de mensajes –publicitarios, propagandísticos, promocionales, periodísticos, científicos-, en distintos tipos de soportes –gráficos, audiovisuales-, sobre distintos tipos de productos –medicamentos, alimentos, tratamientos- y servicios para el cuidado de la salud. Abordar el análisis de un corpus delimitado de mensajes desde una perspectiva exclusivamente semiótica nos enfrenta a algunos problemas. Por un lado, cabría realizar un análisis desde la semiótica textual según el enfoque propuesto por Greimas (1982) desde la Escuela de

París, mediante el cual se busca la identificación de una serie de motivos que, conjuntamente, construyen el tema de los textos. Si bien ejemplificador e ilustrativo, mediante este tipo de análisis inmanente y sincrónico, probablemente terminaríamos por confirmar las mismas premisas de las que partimos para enunciar el problema de la investigación. Por otro lado, pasar de los análisis textuales a los discursivos, nos permiten ganar en polifonía y en contexto donde se dan los procesos de producción de sentido, de modo de poder comprender cómo nuevos sentidos sobre el bienestar, el cuidado de la salud, el cuerpo y la vida misma, circulan socialmente. Sin embargo, cabe diferenciar un enfoque que se preocupe por la reconstrucción de la gramática de producción y las de reconocimiento en la semiosis en que esos discursos se inscriben (Verón, 1987), que no deja de ser textual; de otros como el propuesto por Pêcheux (1978) que sostiene que todo discurso tiene condiciones de producción y se sustenta sobre algo previamente discursivo, y contempla que toda formación discursiva se inscribe en una formación ideológica y social, alineado a los tempranos desarrollos de Voloshinov (1976) acerca del carácter social e ideológico de todo signo.

Desde el lado de los *receptores* –el plural debido a que se trata de una comunicación masiva-, también es factible distinguir distintas posiciones teóricas; veamos algunas, por ejemplo. Desde enfoques alineados a la sociología funcionalista de la Mass Communication Research se hablaría de un efecto hipodérmico de los mensajes difundidos a través de los medios sobre los consumidores; e incluso, de la formación de una opinión pública en torno a líderes de opinión, tanto mediáticos como pertenecientes a grupos primarios¹³, en relación a las “bondades” de los productos promovidos para el mejoramiento de la salud. Por su parte, líneas de investigación que suscriban a la Teoría Crítica de la Escuela de Frankfurt¹⁴, denunciarían la manera en que, bajo esta forma histórica del capitalismo, la industria químico-farmacéutica ejerce una manipulación sobre la actual sociedad de masas. Mientras que enfoques socioculturales partidarios de los estudios culturales de la Escuela de Birmingham y de la Escuela Crítica Latinoamericana, impulsados en la atmósfera del giro conocido como el redescubrimiento del sujeto, desplazarían la problemática de los efectos de los medios al uso productivo y resignificación que los sujetos realizan de los mensajes, así como a las mediaciones que intervienen en su recepción¹⁵. Siguiendo esta línea que hace foco en los procesos sociales, cabría prestar atención a la injerencia que las mismas prácticas sociales -y no sólo la institución médica-, tienen sobre la producción y circulación de efectos de verdad o creencias relativas al consumo de distintos tipos de medicamentos. De este modo, los sectores de la población identificados como consumidores, si bien destinatarios, también son fuente de las demandas de -más y nuevos productos para el- cuidado y mejoramiento de la salud.

Reponer imaginariamente un planteo respecto al *código* y al *referente*, nos conducen a pensar el marco en el que acontecen estos procesos. Entonces, sería necesario situarnos en la denominada sociedad de la información y comprender las implicancias de la revolución de las nuevas tecnologías de información y comunicación. La sociedad de la información es un tejido económico, social y cultural

¹³ Sobre la Teoría hipodérmica puede consultarse el trabajo de Mauro Wolf (1987), y sobre el rol de los líderes de opinión bajo la perspectiva de dicha teoría, es claro el planteamiento de Katz y Lazarsfeld (1955) en torno al redescubrimiento del grupo primario.

¹⁴ En esta escuela son emblemáticos los planteos desarrollados por Max Horkheimer y Theodor Adorno (1969).

¹⁵ Los Estudios Culturales son un movimiento de amplia base intelectual, demasiado fecundo e incluso heterogéneo al interior de las posiciones teóricas asumidas a lo largo de sus sucesivas generaciones, lo que hace difícil poder citar un trabajo representativo. En relación al desplazamiento efectuado en dirección de los medios a las mediaciones pueden consultarse los planteos de Jesús Martín-Barbero (1987), figura destacada dentro de la llamada Escuela Crítica Latinoamericana.

en el que la información es comprendida tanto como materia prima como mercancía (Becerra, 2003). Un abordaje desde la economía política de la comunicación permitiría describir y examinar el rol de las instituciones -especialmente empresas y gobiernos-responsables de la producción, distribución e intercambio de las mercancías de comunicación, así como de la regulación del mercado de comunicación (Mosco, 2006). Desde este punto de vista, sería interesante indagar en las relaciones entre la industria químico-farmacéutica y los medios masivos de comunicación en tanto empresas, y entre aquella y las autoridades sanitarias gubernamentales. Por el lado de los desarrollos cualitativos y cuantitativos de nuevas tecnologías de información y comunicación, atañe preguntarnos tanto por sus aplicaciones a los ámbitos sanitarios -como la escalada en telemedicina o el lanzamiento de recursos informáticos y web en e-Salud-, como por los usos que se hacen de ellos¹⁶. Pensar cómo todos estos fenómenos y prácticas emergen en un determinado contexto, nos remite a advertir la existencia de un *código* -aunque no necesariamente preexistente, sí compartido- que, al mismo tiempo, los torna viables e inteligibles, o al menos verosímiles, como si se tratara de la *episteme* en la que estamos embebidos.

Sin lugar a dudas, los aspectos hasta aquí esbozados, aunque de carácter introductorio, demuestran que ésta es una problemática compleja. Intentar abordarla en sus múltiples dimensiones excede los propósitos de mi trabajo; sin embargo, advertimos que tomados aisladamente, los enfoques repuestos aquí imaginariamente, conducirían a análisis fragmentarios de todo el proceso. Por ello, la opción de una perspectiva que articule saberes y herramientas parece la más valiosa y eficaz para una propuesta de investigación; siempre y cuando, claro está, la coherencia epistemológica no sea el fin sino el medio.

2.2. Un problema de discurso y otros problemas

“La medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que ésta organiza la experiencia y construye el mundo”.

José Alberto Mainetti, *La medicalización de la vida*

Parece obvio decirlo pero es necesario aclararlo: que en los procesos y fenómenos analizados se hagan presente de manera decisiva tanto los medios masivos de comunicación como las nuevas tecnologías de información y comunicación, no justifica la pertinencia y relevancia de la intervención desde las ciencias de la comunicación en un estudio crítico sobre los procesos de medicalización, que se inscriba en el campo de investigaciones en Biopolítica. Más aún, no es de los medios a lo que quiero dedicar mis reflexiones. En las líneas subsiguientes intentaré esbozar una fundamentación sobre la intervención como comunicólogos en el campo de estudios que nos convoca.

Es posible efectuar, y de hecho se han realizado, diversas delimitaciones temáticas para abordar la problemática de la medicalización: perspectivas que van, por ejemplo, desde los aspectos parciales de la infancia, la mujer, las patologías mentales, la vejez, la alimentación, la estética corporal, etc.; hasta los generales de la vida cotidiana, la salud y la sociedad. Sin embargo, todas estas posibles vertientes no son

¹⁶ Resultan sumamente curiosos y ejemplificadores los artículos “La industria farmacéutica manipula la Wikipedia” y “Elige bien tu podcast para adelgazar” publicados en el portal <http://www.somosmedicina.com>, presentado como un “Espacio abierto de Medicina2.0 y eSalud en el que tiene cabida toda la actualidad sanitaria”.

sino puntas del iceberg del proceso que las sostiene por debajo. Una tarea ineludible es la de calar en la lógica que subyace a todas las manifestaciones de la medicalización y permea todo el proceso.

Al cuestionarnos por el montaje de esa lógica encontramos que en las últimas décadas, las industrias químico-farmacéuticas se han alejado progresivamente de su original finalidad de producción de medicamentos y, simultáneamente, han desplegado una ingeniería de marketing farmacéutico y propaganda médica que supone un poderoso aparato ideológico de formación de competencias médico-profesionales y comercialización de fármacos (Angell, 2004). Esas estrategias de marketing implementadas por las industrias químico-farmacéuticas constituyen uno de los pilares fundamentales del paradigma de la medicalización.

Un dato a observar es el diario “bombardeo” de propaganda de medicamentos que emplea una retórica médico-científica para enfatizar el grado de inversión en investigación y desarrollo¹⁷. A través de nuestras pantallas de televisión somos testigos, por ejemplo, de cómo enzimas gastrointestinales pueden recuperar sus funciones normales a partir de la ingesta de determinado alimento-medicamento; asimismo, se nos revela ante nuestros ojos la acción de otros medicamentos que logran mantener nuestras vías aéreas libres de secreciones ante procesos congestivos que trastornan nuestra existencia; y cremas dermatológicamente testeadas en laboratorios de alta performance posibilitan que la reversibilidad del tiempo actúe sobre epidermis de rostros y cuerpos devolviéndoles la elasticidad y con ella, la juventud. Otro dato a observar es que el consumo de todos esos y más productos se nos vuelve una necesidad.

Intervenir para la deconstrucción de esa estrategia pareciera ser un tema de retórica: un problema de discurso. No obstante, la retórica y la realidad de estas industrias parecen ir por veredas distintas. Lo cierto es que “la investigación y el desarrollo constituyen una pequeña parte de los presupuestos de las grandes compañías farmacéuticas -empequeñecido por los grandes gastos en propaganda y administración-, y menor incluso que el margen de beneficio” (Angell, 2004). Además, los mensajes publicitarios, propagandísticos y promocionales son sólo una de las vías por las que se implementa la estrategia.

Otro problema se abre cuando nos preguntamos cómo son tratados los temas médicos por el periodismo en los medios. Sabemos que las empresas de comunicación masiva se rigen por la lógica de la noticiabilidad¹⁸ que refiere a ciertos criterios que hacen que un hecho sea considerado como una noticia. Uno de esos criterios es la disrupción; para que una noticia “venda” supone algo disruptivo, una novedad¹⁹. A pesar de que es posible distinguir diferencias en el tratamiento de

¹⁷ Marcia Angell (2004) analiza los mensajes de la propaganda médica en el mercado norteamericano y observa que entremezclado entre los anuncios de medicamentos, generalmente acompañados de imágenes de cuerpos atractivos que se divierten al aire libre, hay un mensaje más general que puede reconstruirse y sintetizarse en los siguientes términos: “Los medicamentos que precisan receta son caros, esto demuestra lo valiosos que son. Además los costos de la investigación y el desarrollo son enormes y tenemos que recuperarlos de alguna manera. Como ‘compañía que investiga’ sacamos continuamente medicamentos nuevos al mercado que prolongan la vida, mejoran su calidad, y evitan gastos médicos mayores. Ustedes son los beneficiarios de estos grandes logros del sistema americano de libre empresa, deben estar agradecidos, dejen de quejarse y paguen”.

¹⁸ Mauro Wolf (1987) expone que la noticiabilidad de un hecho es “el conjunto de elementos a través de los cuales el aparato informativo controla y gestiona la calidad y el tipo de acontecimientos de los cuales seleccionar las noticias”, de acuerdo a determinados valores sociales que varían a lo largo de la historia.

¹⁹ Pedro Lipcovich, periodista de Página/12, señaló por ejemplo con respecto a la cobertura de determinada situación sanitaria: “Si el año pasado hicimos una nota sobre el Chagas y este año

noticias sobre salud y cobertura de situaciones sanitarias entre distintos tipos de medios – frente a los radiales y televisivos de tiempos más cortos, algunos gráficos cuentan con secciones fijas y periodistas especializados-; en líneas generales, especialistas en el tema concluyen en una misma dirección. Por ejemplo, el médico sanitarista José Carlos Escudero, que tiene “la sensación de que la manipulación mediática de los fenómenos de salud es cada vez más grave”; o la más categórica denuncia del investigador canadiense Ray Maynihan respecto a que “los periodistas están siendo utilizados por las empresas farmacéuticas en sus tácticas promocionales”²⁰.

Ante la complejidad de esta trama de relaciones de poder cabe, al menos, una observación y una advertencia. Todo apunta a que son los laboratorios quienes generan los mensajes, y sus presupuestos controlan en gran medida el proceso comunicativo, hasta poner en jaque el modo de ejercer investigación en salud y periodismo científico. Y si el control de las palabras y del dinero se halla en las mismas manos, hay que prestar mucha atención.

3. La radicalidad de los procesos de medicalización como estrategia biopolítica

“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica”.

Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*

Llegados a este punto, me interesa preguntarnos por qué hablar de la medicalización en términos de estrategia y por qué esa estrategia, según el punto de vista aquí sostenido, asume carácter radical desde la perspectiva biopolítica.

Estrategia es un término de origen militar que refiere al cálculo de relaciones de fuerza por parte de un sujeto de voluntad y de poder. De Certeau (2007), en su propuesta de realizar un análisis polemológico de la cultura –o estudio científico de la guerra como fenómeno social-, afirma que la estrategia “postula un lugar susceptible de circunscribirse como un lugar propio y luego servir de base a un manejo de sus relaciones con una exterioridad distinta”; y también observa que “la racionalidad política, económica o científica se construye de acuerdo con este modelo estratégico”. Éste es el punto que quisiera rescatar y me propongo reflexionar sobre cómo la industria farmacéutica ocupa y ejecuta ese lugar que equivale al diseño de una embestida ofensiva y a su implementación; que equivale a jugar con las blancas.

Mientras tanto, con el carácter de radicalidad -relativo a la raíces, a lo que es fundamental-, quiero aludir a una doble vía. Por un lado, a esa lógica de raíz, subyacente a las distintas manifestaciones, delimitaciones y estudios sobre medicalización que, en líneas precedentes, interpreté como puntas de icebergs de

la situación es exactamente la misma, entonces el problema es grave pero no hay en principio algo que lo defina como noticia”. Entrevistado por la Revista Acción, segunda quincena enero de 2010, Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos del Centro Cultural de la Cooperaciones Floreal Gorini. Ver: “Calidad y cantidad”, disponible en:
<http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/2010/02/noticias-acerca-de-la-medicalizacion-de-la-vida/>

²⁰ Entrevistados por Revista Acción, *ibídem*.

todo el fenómeno. Por otro lado, intento volver sobre el planteo de Foucault acerca de que “el control de la sociedad sobre los individuos no se opera *simplemente* por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo” (1996b, el subrayado es mío). Y desde allí, pensar la posibilidad de una inversión o una ampliación del enunciado en el sentido de que ese control, *además* de operar sobre el cuerpo, se ejerce *también* sobre la ideología. En definitiva, cómo una estrategia biopolítica –que encuentra en la medicalización un nombre-, se sirve de -y actúa sobre- cuerpos y vidas, a través de la configuración de un régimen de verdad/verosimilitud, ideológico, que sedimenta en las prácticas y a su vez las viabiliza.

En el epígrafe que abre esta sección leemos que “la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1996b). Como habitantes de estas coordenadas de tiempo y espacio no nos es ajeno el rol de la medicina y del médico en nuestra sociedad. En tanto disciplina liberal, la medicina ha sido tradicionalmente un lugar de poder asociado al saber médico. Mas, no es la medicina en sí misma lo que debería preocupar o llamar nuestra atención, sino el uso que se hace de ella, la forma imperialista que asumen sus prácticas y los efectos de dominio que las mismas generan.

3.1. Control biopolítico y medicalización de la vida

“Es cierto que el punto de cruce entre saber político y saber médico está constituido por el problema de la conservación del cuerpo. Pero es desde la perspectiva abierta por la enfermedad que esta conservación adquiere una importancia central”.

Roberto Esposito, *Inmunitas. Protección y negación de la vida*

La categoría de vida es central para la tecnología de poder biopolítico que busca regular los cuerpos en su carácter colectivo de especie y población. En este momento me detendré en algunas reflexiones sobre las nociones de vida y cuerpo en el marco de los procesos de medicalización; y sobre cómo estos se inscriben en -y constituyen una- estrategia biopolítica que, asimismo, genera efectos de subjetivación²¹.

La tecnología del biopoder postula a la vida humana como categoría política, y dirige su preocupación hacia el problema de la protección de la misma. Ante este principio, Esposito observa que “la vida sólo puede ser protegida de lo que la niega mediante una negación ulterior” (2005:28). Ahora bien, frente a esta afirmación creo pertinente formular una doble pregunta. Primero, ¿qué es lo que niega la vida? Rápidamente, podría decir que la negación de la vida puede expresarse como no-vida; pero el modo que asume esta no-vida es complejo. Ésta puede hallarse o bien en la muerte, o bien en una *nuda vida* que es una vida que se encuentra en los márgenes de la vida misma, que se incluye en ella en términos de exclusión, una vida “que no merece ser vivida” (Agamben, 1998). Esposito mismo respondería que “es la enfermedad -y la muerte- el cono de sombra dentro del que se recorta la ciencia de la vida” (2005:26). Y segundo, siguiendo ese movimiento dialéctico presente en la observación de Esposito: ¿qué estamos negando para negar, evitar, suspender, o protegernos de la muerte? Pensar una respuesta me invita a creer que lo que

²¹ Utilizo el término “subjetivación” para acentuar el carácter procesal de la subjetividad, en lugar de hablar de la “constitución de subjetividades” como algo acabado.

negamos es el tránsito que nos conduce a lo que queremos negar. Negamos su inminencia y la certidumbre de que algo siempre se nos escapa. Negamos no poder controlarlo y deseamos poder hacerlo. Pero el deseo también se encuentra en el terreno de lo que escapa, y nosotros escapamos detrás.

Una forma, aunque vana, de alcanzar ese deseo es identificando, nombrando y alejando ese *algo* que impide alcanzarlo, y que se vuelve signo de nuestra condición de imperfección y caducidad. Esa necesidad de nombrar un lugar para lo no deseado o lo diferente -dos formas de designar a una alteridad que se torna amenazante-, en muchos casos roza lo extremo. Máxime, cuando advertimos que el lugar de eso *otro* es ocupado por síntomas o malestares como la hiperactividad en los niños, el síndrome premenstrual en las mujeres, la calvicie en los hombres, la depresión en los infelices, y la infelicidad en la mayoría de nosotros; que, en el discurso de la medicalización, son construidos como enfermedades.

La negación/exclusión de lo que nos amenaza, nos enferma, nos envejece, nos aparta de lo regular o del ideal, está presente en todo procedimiento inmunitario que busca reducir aquello que inhibe el desarrollo de la vida; es decir, que se ocupa de protegerla. Ya en la Edad Media, la exclusión formaba parte de uno de los sistemas médico-políticos paradigmáticos. El plan de urgencia aplicado contra la lepra era un modelo de exclusión y exilio para la purificación de la ciudad: "Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esa manera, purificar a los demás. Era una medicina de la exclusión" (Foucault, 1996b). También, la internación del enfermo en el hospital y el encierro del loco en el manicomio instituyen un límite físico-espacial que marca una diferencia simbólica: el lado de afuera corresponde al espacio de la no-enfermedad.

A partir de esto, lo que me resulta interesante es cuestionarnos cómo poder excluir la amenaza que nos invade cuándo ésta forma parte de nuestro propio cuerpo. El hecho de poder ser diagnosticado, de poder darle al mal un nombre, y correlativamente, asegurarse la existencia de un tratamiento que lo aleje, nos brinda tranquilidad. "Es preciso que en el extranjero haya algo de intruso, pues sin ello pierde su ajenidad", dice Jean-Luc Nancy (2007) en relación a los implantes. Pero cabría pensar lo mismo para los virus, las nuevas arrugas, los nuevos -y ya viejos- "kilos de más", cuyos títulos de propiedad nadie quiere firmar; así como para todo aquello que se interponga en la búsqueda de la salud perfecta²². En definitiva, todo lo que nos pasa, nos pasa (estando) en nuestro cuerpo.

El cuerpo es nuestro territorio, y el mapa que tenemos de él nunca llega a representarlo en forma acabada. "El cuerpo, lejos de constituir un dato definitivo e inmodificable, es un constructo operativo abierto a un continuo intercambio circunstante" (Esposito, 2005:30). Esa apertura al medio se produce como si tras el corte y anudamiento del primer cordón umbilical se hubieran desatado otros que aún continúan nutriéndonos de lo que nos rodea. En la inmersión del cuerpo en su medio no hay pasividad por parte del primero ni dominio por parte del segundo, hay interacción dialéctica entre ambos. Y en esa comunicación no hay neutralidad: el encuentro de cuerpos, -incluyendo los de los otros y los inanimados- y significaciones -siempre sociales-, produce efectos de subjetivación.

Esa malla significativa que nos atrapa y amortigua está tejida por discursos innumerables y heterogéneos, entre los que es posible aislar el de la medicalización. Me atrevo a proponer que el discurso de la medicalización se erige como un territorio donde confluyen dos tecnologías de poder: una biopolítica y una *noo-política* (Lazzarato, 2006). No me extenderé ahora sobre esta confluencia, sólo observar que gobierno de los cuerpos y gobierno de los signos se imbrican estrechamente.

²² Al respecto puede consultarse el trabajo de Lucien Sfez (2008).

En el cruce de ambas tecnologías, la estrategia de la medicalización torna *viable* un conjunto de prácticas y significaciones en torno a la vida, el cuerpo, el cuidado de la salud, el bienestar, etc. En planificación se considera que la diferencia entre factibilidad y viabilidad está en que lo factible remite a los recursos materiales necesarios para hacer algo; mientras que lo viable, implica que los recursos materiales son necesarios pero no suficientes por sí mismos si, complementariamente, no existe una voluntad y circunstancias que hagan posible llevarlo a cabo. Es decir que, hablando de los procesos de medicalización, además de la disponibilidad de recursos económicos, técnicos y discursivos para llevar adelante una estrategia, existe una voluntad o disposición político-ideológica para utilizarlos en un determinado sentido.

Situados en la problemática de la medicalización es necesario concebir al cuerpo como una entidad compleja: Cuerpo destinatario de productos administrados con el fin de regularlo; por lo tanto, cuerpo también producto. Cuerpo mensaje: síntomas y malestares se hacen presentes en el cuerpo. Y cuerpo emisor, que demanda mayor perfección y bienestar.

A partir del momento en que las significaciones de cuerpo y vida se complejizan, resta pensar cómo continuaría en nuestros días el despliegue de tecnologías de poder sobre el cuerpo que primero fue castigo-espectáculo sobre el cuerpo suplicado y, a principios del siglo XIX, tomó la forma de castigo incorporal que anula el dolor y es aplicado sobre las almas afectando la vida (Foucault, 1996a). El cuerpo, dice Foucault, “es una realidad biopolítica” (1996b). El cuerpo incumbe a un campo político en donde, también, se inscribiría una nueva economía política de la vida (Iacub, 2004), en la que el dolor vuelve a ganar protagonismo pero no ya como espectáculo en la plaza pública ni como elemento constitutivo de la pena; sino en lo más interior del cuerpo y en cada poro incorporal de la vida, como blanco a ser negado para proteger, prolongar y producir vida.

3.2. La salud-mercancía en el mercado de la enfermedad

“Un fantasma recorre Occidente. Pero no es el comunismo, es la hipocondría. La gente ha dejado de comer bananas, ahora come potasio. A todos nos duele algo, y si no nos duele es porque estamos insensibilizados, anestesiados”.

Tomás Abraham, *La empresa de vivir*

El objetivo que siguen las próximas líneas es reconocer el rol y la centralidad de las empresas farmacéuticas en el escenario de múltiples actores sociales involucrados en el paradigma de la medicalización. Primero, es necesario examinar una de las características diferenciales del mercado farmacéutico *prescriptivo* en relación con otros mercados de consumo masivo, incluso el de medicamentos de *venta libre*. Esto permitirá, luego, concebir al mercado de la salud en términos de mercado de la enfermedad y a la salud como mercancía, tal como queda propuesto en el título que abre este apartado.

Hablar de la industria químico-farmacéutica en sí misma es una expresión abstracta y generalizante como lo es hablar de “el sistema”, “el orden”, “el poder”, etc.; figuras que ocultan más de lo que revelan. Para el caso de esta industria es necesario reconocer que, como todas, cuenta con una estructura y una cadena productiva específica, organizada en fases y departamentos. Aquí no me detendré en dichos aspectos, aunque sí creo oportuno señalar ciertos mecanismos y dispositivos que las industrias farmacéuticas ponen en juego en el mercado prescriptivo de medicamentos.

A diferencia de la mayoría de los mercados de consumo masivo, el mercado prescriptivo de medicamentos presenta la singular característica de que los consumidores no deciden por su propia voluntad el producto que van a consumir, sino que dicho comportamiento -la compra-, obedece a la indicación/orden de una autoridad médica. Veamos esto a través de la estructura esquemática de la cadena de comercialización de las industrias químico-farmacéuticas en dos ramas. Por un lado las *industrias químico-farmacéuticas* o laboratorios, venden sus productos a las *droguerías* (mayoristas), y éstas a las *farmacias* que son minoristas de venta directa al público. Por otro lado, los *laboratorios* cuentan con los *agentes de propaganda médica* (APM) que son los representantes de los laboratorios ante el médico, llevándoles el mensaje de las marcas-producto a través de la propaganda y la promoción. Por su parte, los *médicos* prescriben, recetan los medicamentos a sus *pacientes*, quienes se presentarán como *consumidores* en las farmacias. Vemos, entonces, que los laboratorios constituyen el vértice del doble circuito cuyas ramas se cierran una sobre la otra; y, por lo tanto, en buena medida, recae sobre ellos el poder de control del proceso.

Además de esta centralidad en el circuito de comercialización de medicamentos, podemos observar, en términos generales, cómo la creciente presencia y presión de las empresas multinacionales de la industria farmacéutica en la promoción, organización y financiamiento de congresos científicos, investigaciones farmacológicas, licitaciones de laboratorios por parte de organismos públicos de la salud; así como la acción de los APM sobre los médicos, ha constituido un factor preponderante en la práctica prescriptiva del médico.

Lo reseñado describe el accionar de estas corporaciones en el denominado *mercado prescriptivo de medicamentos*; esto es, el mercado de medicamentos para cuya dispensación por el farmacéutico se requiere de la correspondiente prescripción de la receta médica²³. Mediante el requerimiento de la formalidad de escritura del medicamento/dictado de su compra, los laboratorios generan su propia propaganda. Respecto a la multidimensionalidad del mercado de medicamentos resultaría interesante retomar la propuesta de Graciela Laplacette y Liliana Vignau (2008) relativa a la necesidad de estudiar la complejidad de las relaciones entre quienes tienen el “poder de curar” y quienes “necesitan curarse”, así como “la variedad de percepciones y recursos que circulan en torno a la enfermedad y que exceden al discurso médico oficial”.

Es este anclaje en los recursos desplegados en torno a la enfermedad y los discursos relativos a ella, lo que interesa ahora. En el mecanismo de medicalización opera una redefinición de las percepciones sobre procesos del ciclo vital, estados físico-emocionales y factores de riesgo, caracterizándolas como problemas médicos en términos de enfermedades. Dichos procesos y estados son tratados mediante la intervención médica, reclamando a la medicina científica la eficacia que la sociedad contemporánea le atribuye (Márquez y Meneu, 2003), sin considerar el equilibrio entre sus beneficios y efectos adversos. En palabras de Rodríguez Díaz (2008:74), “la medicalización significa que buena parte de nuestro comportamiento pueda ser sujeto a controles médicos. Lo son los distintos ciclos de la vida, lo son las pequeñas molestias y ansiedades, lo son lo que antes eran pecados y muchos crímenes”²⁴.

²³ La prescripción médica constituye una práctica profesional sujeta a la ley del ejercicio médico, la cual instituye que el médico debe recetar el producto o medicamento que autoriza (y ordena) al paciente para que sea consumido. La prescripción del médico se realiza después de la inscripción impresa en su receta de la sigla *Rp/*, abreviatura de *recipe*, del latín, “tómese” o “despáchese”.

²⁴ Susana Rodríguez Díaz (2008) hace una lectura de la medicalización del comportamiento sexual analizada por Graham Hart y Kaye Wellings, y observa: “Hasta hace relativamente poco

Los procesos de medicalización pueden asumir diversas formas como la hiperprevención, el sobrediagnóstico, la cultura del riesgo, las pruebas genéticas y, quizás el más paradigmático, la invención de enfermedades. Según la revista *British Medical Journal* el Top 20 de “no-enfermedades” está encabezado por el envejecimiento, el trabajo y el aburrimiento, y alcanza asimismo a la calvicie, las pecas, las canas, la fealdad, la infelicidad, la resaca y el embarazo (Infac, 2005). Hay varios aspectos a señalar en relación con el mecanismo de invención de enfermedades que pone en marcha las industrias farmacéuticas. Por un lado, este mecanismo sigue un principio que postulan las empresas en general: “La clave para la prosperidad económica consiste en la creación organizada de un sentimiento de insatisfacción”, tal como afirmara Charles F. Kettering, vicepresidente de General Motors en 1929. Por otro lado –es necesario explicitarlo-, el acervo de nuevas enfermedades se incorpora tanto a las enfermedades ya tipificadas como a los medicamentos que se encuentran en circulación, y los nuevos productos que se fabrican combinando acciones terapéuticas o resaltando algún beneficio diferencial respecto a los existentes.

Además, es conveniente reconocer que el mecanismo de invención de enfermedades no es un procedimiento monolítico sino que presenta variantes, según bosqueja Rodríguez Díaz siguiendo a Jörg Blech. En el momento en que la noción de salud muta a la de *calidad de vida* y los servicios de salud entran en la era del *management científico*, “las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médico inventan dolencias, pues la enfermedad se ha convertido en un producto industrial que alimenta y utiliza el deseo de estar sano” (Rodríguez Díaz, 2008:76). Estas variantes del mecanismo se presentan en la forma de: 1) venta de *procesos normales de la vida* como problemas médicos, como los tipos reseñados a propósito del informe de la *British Medical Journal* en el párrafo anterior; 2) venta de *problemas personales y sociales* como problemas médicos, como la mayoría de las enfermedades anímicas; 3) venta de *riesgos* como enfermedades, como el caso del colesterol, para lo cual se fijan límites de manera que las personas con valores normales sean una minoría; 4) venta de *síntomas poco frecuentes* como epidemias de extraordinaria propagación, en la que se inscribe, por ejemplo, la medicalización sobre “disfunciones sexuales” tanto masculinas como femeninas; y 5) venta de *síntomas leves* como indicios de enfermedades más graves, mediante la que ciertos desórdenes experimentados alguna vez por la mayoría de la población, son desvinculados de otros síntomas con los cuales configuran un cuadro clínico y construidos como enfermedades en sí mismos.

Como veremos más adelante²⁵, la invención de enfermedades es sólo una de las fases de la ingeniería simbólica de las industrias farmacéuticas, complementada por la construcción de un discurso persuasivo para instalar dichas enfermedades en la sociedad, y el lanzamiento comercial de distintos productos para combatirlas. Una de las estrategias de marketing de la industria farmacéutica consiste en investigar e identificar en los estados de salud, configuraciones de indicadores que son resignificados como síntomas, e incorporados al campo de las clasificaciones patológicas. Esta neo-nosografía pasa, entonces, a ser trabajada desde el punto de

tiempo, se nos invitaba a la restricción y moderación en materia de sexo. En la actualidad, se nos invita a más y mejor gratificación sexual, hasta el punto de que el celibato se ha convertido en una desviación, utilizándose cirugía y medicamentos para aumentar el placer sexual, y moviéndonos hacia una uniformidad en la que se anima a las mujeres a parecer portadas de Playboy y a los hombres a buscar la perfección priápica. Parece que vamos hacia una tiranía de la genitalidad sexual que establece una asociación entre la experiencia sexual y la calidad de vida, ignorando las dinámicas sociales e interpersonales”.

²⁵ Ver apartado 4.2., página 23.

vista fármaco-terapéutico. A partir de allí, se pone en marcha el desarrollo de marcas-productos para cubrir las nuevas necesidades generadas. Es así como se produce el desplazamiento de estados “normales” (campo de la salud) a estados “patológicos” (campo de la enfermedad).

En el *mercado de la salud*, es la enfermedad la que se vuelve un producto industrial, un fenómeno mediante el cual obtener rédito económico; y así, se organiza un mercado en torno a ella. Por medio del mecanismo de invención de enfermedades, se amplían los límites de las enfermedades tratables y se convierten procesos biológicos en problemas médicos. La “venta de enfermedades” se concreta con su instalación social, la que conlleva la búsqueda obsesiva de una “salud perfecta” y la correlativa compra de diversos productos para obtenerla: *salud-mercancía*. De ahí que es posible que el mercado de la salud sea concebido como *mercado de la enfermedad*, en el que se venden enfermedades, pero también se vende salud en forma de un sinfín de productos para alcanzarla.

La lógica que subyace a estos procesos y procedimientos es completamente explicable desde el punto de vista económico de las empresas farmacéuticas en un capitalismo que necesita dar grandes trancos productivos para sobrevivir. Mas, cuando esta escalada compromete aspectos vitales como la salud de la población debe, al menos, ser puesta en tela de juicio. Un intento de intervención en esta dirección es el que tendrá lugar a continuación.

4. Intervención táctica en el paradigma de la medicalización

“El discurso médico soldó ciertas prácticas con una identidad constituida por ese discurso. De allí que la lucha contra la medicalización y las definiciones de anormalidad constituyó un aspecto decisivo de la lucha que aún hoy no se ha abandonado”²⁶.

Nicolás Pinkus

En la sección anterior he dado lugar al planteo de la medicalización como estrategia por parte de las industrias químico-farmacéuticas. Éste es el momento para pensar en las tácticas. Táctica y estrategia son dos conceptos relacionales; es decir, el uno adquiere sentido en relación al sentido que cobra el otro. Si la estrategia era el cálculo de relaciones de fuerza por parte de un sujeto de voluntad y de poder que circunscribe un espacio propio; el espacio de la táctica es un no-lugar: “un cálculo que no puede contar con un lugar propio. La táctica no tiene más lugar que el del otro” (De Certeau, 2007)²⁷.

²⁶ Cita extraída de Pinkus, Nicolás, “Análisis del tratamiento discursivo de las minorías sexuales en la cobertura periodística de los diarios nacionales argentinos”, 19 de mayo de 2003 [en línea], [consulta: 30 de abril de 2010], disponible en:

http://www.maep.com.ar/img_carga/alumnos/6d273b94245c12323982455c795d1e3b.doc.

²⁷ Me parece necesario aclarar que el esquema aquí propuesto no es el único posible. Un planteo estratégico que comprende directrices de acción y objetivos a alcanzar, conlleva como componentes ciertas tácticas por las que se lograría la concreción de dichos objetivos. Es decir, la estrategia requiere de las tácticas para ser posible; y esto puede verse tanto a nivel militar como deportivo. Así, por ejemplo, se habla de la invención de enfermedades como una táctica de las compañías fármaco-químicas. No obstante, a efectos analíticos, en este trabajo sigo el enfoque de Michel De Certeau (2007) que considera a la estrategia como el espacio de poder; y a las tácticas como las acciones de quienes no tienen espacio propio, ejercidas sobre ese espacio ajeno; sin negarles, por ello, poder. Recordemos que De Certeau comparte con

En el marco de los fenómenos analizados, me resulta sugestivo proponer esta noción de tácticas para pensar las posibilidades de acción, de intervención, frente a la estrategia de las industrias químico-farmacéuticas que dan sustento al paradigma de la medicalización. Tácticas para comprender críticamente esos procesos. Tácticas porque necesitamos de su dinamismo para producir trayectorias, marcas, en el espacio del poder ajeno.

Particularmente, desde los enfoques abiertos en/por el campo de las ciencias de la comunicación, considero pertinente retomar la idea del epígrafe respecto a “la lucha contra las definiciones de anormalidad” dadas en el núcleo de los procesos de medicalización. “Mi táctica es hablarte y escucharte, construir con palabras un puente indestructible”, dice Mario Benedetti en el poema *Táctica y estrategia*. Las definiciones consisten en eso, en trazar puentes; y ésa es una tarea política. Sólo que esos puentes no son indestructibles y, además, que hay palabras que nunca son transitadas, que son excluidas, que no se dicen o se murmuran.

Sin embargo, la intención no es la de vanagloriarse de los alcances de la reflexión como si desde allí pudiéramos revertir la materialidad de algún proceso. Parecería ilusorio creer que frente a las acciones con base en el poder económico de las industrias químico-farmacéuticas, podemos oponer acciones con base en las palabras. Pero ante esta actitud -gramscianamente diríamos- pesimista, de alguna manera se trata de ver cómo esas acciones –las primeras, las estratégicas, las de los laboratorios- tampoco serían posibles sin palabras; sin una estrategia llevada adelante en el plano del discurso. Y de ahí, el optimismo basado en la certeza de que en ese plano hay muchas batallas por librar.

4.1. Los desafíos ante la legitimidad de un orden

“Los laboratorios tienen mucho dinero para contratar a los mejores expertos en comunicación y marketing. Hoy por hoy, el que tiene mucho dinero para invertir en comunicación, tiene una enorme capacidad para influir en la opinión pública”.

Ana María Vara²⁸

Sin querer caer en reduccionismos, es posible decir que del lado de las tácticas se encuentran más resistencias de las que quisiéramos o nos gustaría. Pero es, justamente, reconociendo y enfrentando esas resistencias que se abre lugar a un campo de acción que, desde el lado del diseño e implementación de la estrategia, quiere ser cerrado. Mi propósito en este momento es el de reconocer distintos tipos y niveles de problemáticas vinculadas al paradigma de la medicalización, y los desafíos que éstas conllevan.

Para comenzar, quisiera reparar en que cuando se comienza a hablar públicamente de un problema, y pueden aislarse discursos que circulan en torno a ese

Foucault la concepción relacional del poder; preocupándose más que por las instituciones o las disciplinas, por las rupturas o desvíos que en ellas se producen cotidianamente.

²⁸ Periodista científica e investigadora del Centro de Estudios de Historia de la Ciencia José Balbini de la Universidad de San Martín, entrevistada por la Revista Acción, segunda quincena enero de 2010, Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos del Centro Cultural de la Cooperaciones Floreal Gorini. Ver: “Los laboratorios generan el mensaje”, disponible en: <http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/2010/02/noticias-acerca-de-la-medicalizacion-de-la-vida/>

tema, es porque ya existió un proceso social que llevó a delimitar y erigir un conjunto de fenómenos y preocupaciones, justamente, como tema o problema. Esta lógica recuerda al proceso de las políticas públicas en el que la etapa de definición de un problema condiciona la de la decisión de implementar una política y no otra, por eso se dice que *quien define es quien decide*²⁹. En el marco de los procesos de medicalización, esto atañe a las autoridades sanitarias que diseñan y ejecutan programas tendientes a dar atención y solución a ciertos problemas sanitarios de acuerdo a cómo sean concebidos los mismos. Sin embargo, definir, tipificar y posicionar, no significa poder explicar; lo que implica asumir un punto de vista retroactivo sobre los procesos ya acontecidos para poder deconstruir y reconstruir su(s) sentido(s).

Esto comporta una dificultad a la hora del análisis del problema. Los investigadores, periodistas científicos y analistas nos encontramos en claro defasaje antes los procesos de medicalización; por un lado, porque ya tuvo lugar su emergencia como problema, y porque los procesos continúan vigentes y nos hallamos en el ojo de la tormenta. Aunque por otra parte, las observaciones que puedan aportarse sobre dichos procesos también contribuyen a redefinirlos y comprenderlos.

Ante esto, quisiera resaltar el compromiso de los intelectuales en general con la sociedad. Y además, cuestionar el tibio descriptivismo en el que puede caerse, como si un proceso de investigación fuera planteado en términos de espectáculo; como si los ojos de quienes se embarcan en la tarea de tratar de comprender y explicar o denunciar distintos fenómenos, estuvieran adiestrados simplemente para las prácticas de la expectación; como si, como observadores, quedáramos pasmado ante aquello que observamos y una malla de perplejidad e incertidumbre nos atrapa y paraliza por completo.

Otro tipo de problemática encuentra asidero en la prohibición que recae sobre los laboratorios respecto a hacer publicidad dirigida al público en general sobre medicamentos de “venta bajo receta”, permitiendo únicamente la de “venta libre”³⁰. Esto deriva en las relaciones que entablan los laboratorios con los periodistas y con los médicos. El ámbito privilegiado para la divulgación de resultados de investigaciones llevadas adelante a nivel de las industrias farmacéuticas son los Congresos científicos. La estrategia de estas compañías consiste en invitar y financiar el viaje a esos congresos, tanto de médicos como de periodistas, con la finalidad de persuadir a los primeros de las ventajas de los nuevos medicamentos; y para obtener a cambio, una nota de cobertura por parte de los segundos³¹. De allí en más, el circuito de difusión de la información, prospera. Vinculado a esto último, se suma la propia lógica de los medios de comunicación que, por un lado, “otorga pantalla” a los acontecimientos que, o bien son “auspiciado por”, o bien resultan espectaculares, disruptivos y asombros; y por otro, condena a la fugacidad y, pronto, al olvido a aquellos a los que sí se les dio tiempo y espacio para ser noticia.

Ante este intrincado escenario, corresponde asumir una posición ética y dar batalla a procesos y definiciones que parecen ser cerrados y son legitimados. Asimismo, procurar una visión global, lúcida y crítica sobre acontecimientos cuyas manifestaciones se encuentran en constante desarrollo. La tarea no es sencilla y el

²⁹ Los fundamentos de la corriente de las políticas públicas como procesos pueden encontrarse en Luis Aguilar Villanueva (1996) y Manuel Tamayo Sáez (1997).

³⁰ La Ley de Medicamentos, Ley Nacional 16.463, Honorable Congreso de la Nación, República Argentina del 8 de agosto de 1964, establece. “Queda prohibida toda forma de anuncios al público para los productos que hayan sido autorizados en la condición de venta bajo receta”.

³¹ Para la presentación de esta problemática fueron claras las declaraciones de la Dra. Ana María Vara, entrevistada por la Revista Acción, referida en la nota al pie N° 29.

desafío plantea enfrentar la emergencia de los acontecimientos, y dar *respuesta* a sus urgencias, al menos, con el arma de la *interrogación*.

4.2. Observaciones para la deconstrucción de una ingeniería simbólica compleja

“Crear necesidades es uno de los eslóganes no publicitados de la industria farmacéutica”.

Arnoldo Kraus, *Urdir enfermedades: otras reflexiones*

Proponerse una tarea como la planteada en el título de este apartado no parece algo sencillo, ni creo que pueda ser resuelto en el marco del presente trabajo. De allí que, por el momento, quisiera mencionar algunas observaciones relativas a los mecanismos que las compañías farmacéuticas ponen en marcha en sus estrategias de marketing. Para comenzar, trataré de clarificar por qué creo pertinente hablar de deconstrucción; para luego, señalar en qué consiste esa ingeniería simbólica y dar cuenta de algunos niveles en que se expresa.

La deconstrucción es un método analítico o tipo de pensamiento que analiza las palabras y su significación. Detenerse en los conceptos y en los textos para dar cuenta de cómo se han construido a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas –como lo hace el enfoque deconstructivo–, desafía la idea de que los mismos tienen un significado único e inmodificable. El mérito teórico de esta estrategia de análisis se atribuye al filósofo Jacques Derrida, aunque en ésta podemos rastrear el planteo enunciado por Lacan acerca de la primacía de la dimensión significativa en la génesis de la significación; cuya relevancia radica en subvertir la estructura del signo tal como la planteara Saussure. Esta objeción formulada a la afirmación que sostiene que la función del significante es la de representar el significado también fue enunciada por Slavoj Žižek en términos de *radical contingencia de la nominación* (1992a).

Esta perspectiva abre la posibilidad de penetrar en los fundamentos simbólicos de los procesos que analizamos. Pero en este caso, no dirigiríamos la mirada al interior de un texto sino de un discurso social que busca no tener exterior: el de la medicina en su forma -¿imperialista, capitalista, industrial, hegemónica, capilar?- de medicalización. Con tal propósito, es necesario, primero, reconocer las distintas operaciones interrelacionadas comprendidas en la ingeniería simbólica que ponen en marcha las compañías farmacéuticas³², en la que la estrategia de marketing es sólo una fase.

La operatoria de los laboratorios comienza por la *invención de enfermedades*, un mecanismo que asume diversas variantes, por el que se convierte y presenta distintos procesos normales, problemas personales o sociales, síntomas leves o poco frecuentes, o riesgos *como* enfermedades³³. Posteriormente se *construye un discurso* que exagera la relevancia e impacto de estas enfermedades sobre la salud, el bienestar o la calidad de vida, a partir del uso de estadísticas y metáforas con miras a persuadir a potenciales pacientes sobre la autopercepción de síntomas. Complementariamente, las compañías farmacéuticas implementan *estrategias de marketing* dirigidas a “vender” a la población y a los profesionales de la salud, tanto la magnitud de la enfermedad como los nuevos productos destinados a combatirla y los beneficios de la intervención médica.

³² Para el planteo de estas operaciones se ha consultado García Gutiérrez (2003).

³³ Estas cinco variantes de creación de enfermedades han sido desarrolladas en el apartado 3.2., tomando en consideración el planteo de Rodríguez Díaz (2008).

Una primera observación apunta a reparar en que en el entramado discursivo que establecen las industrias farmacéuticas en sus operaciones, participan distintos tipos de mensajes que es necesario diferenciar. Los *publicitarios* son dirigidos primordialmente a los consumidores; aunque presentan particularidades según los distintos tipos de soporte, su finalidad se orienta a informar o promocionar las características, ventajas o cualidades de bienes o servicios para provocar y obtener su adquisición³⁴. Además, en el ámbito de los congresos donde se divulgan los resultados de investigaciones en salud y medicamentos, se generan y circulan mensajes *científicos* dirigidos a periodistas y médicos. Los mensajes de tipo *propagandístico* y *promocional* son dirigidos a los médicos por parte, principalmente, de los agentes de propaganda médica, brazo propagandístico de los laboratorios.

Ahora bien, una segunda observación nos permite advertir que lo que una enfermedad es, obedece a una construcción contingente que no necesariamente remite a un referente biológico. Inventar una enfermedad es dar nombre a un estado que supone una anormalidad, alteración o desequilibrio. Pensar en ese carácter contingente de la nominación, al que hicimos referencia más arriba, supone la no univocidad del sentido y una fecunda contaminación polisémica y polifónica que tienen lugar allí donde pudiera pretenderse una higiene lingüística. Esa contingencia, podemos pensar, es la condición para que en el campo del significado confluyan diversas voces e intereses en pugna por estabilizar su sentido.

Otra observación, pero vinculada a la anterior, parte del mecanismo mismo de invención de enfermedades, considerando que en todas sus variantes opera un desplazamiento, podríamos decir, metafórico. Así, Agnes Heller (1995) expone que “la enfermedad (...) aparece regularmente en nuestra cultura con un sentido metafórico”, enfatizando el cambio de significado y la dimensión política de la metáfora. Hay algo en ese desplazamiento que se oculta, que es negado o silenciado; pero lo acallado se expresa en otro lugar y bajo otra forma: aparece como síntoma. El caso de ciertos problemas personales y sociales que se manifiestan a través de diversos síntomas que, a su vez, son convertidos en enfermedades como la fobia social o el estrés, es paradigmático de este razonamiento. Mediante otra variante de ese mecanismo, síntomas leves o poco frecuentes a nivel orgánico, también son elevados al rango de enfermedades.

Entonces, por un lado, la enfermedad puede ser concebida como metáfora politizada de diversos fenómenos sociales en distintas etapas de la sociedad³⁵. Igualmente, a través de las distintas variantes del mecanismo de construcción de enfermedades, el síntoma ocupa el lugar de la enfermedad, operándose un

³⁴ En relación a la problemática de la publicidad sobre los medicamentos y la medicalización, Uema, Vega y Briñón (2008), señalan que la baja prioridad legal-normativa que se le da a la información dirigida al paciente, dentro de los sistemas y servicios de salud es uno de los factores que dificulta el acceso por parte del público a información equilibrada, pertinente, actualizada, exacta y objetiva sobre medicamentos y tratamientos. Sin embargo, apuntan que en virtud de los objetivos de la técnica publicitaria, “un cambio en la reglamentación de la *publicidad sobre medicamentos* no resuelve este problema, ya que la publicidad se ocupa (siempre) de *vender un producto*”.

³⁵ En esta dirección son claros los ejemplos que propone Agnes Heller (1995), siguiendo a Susan Sontag en *Illness as Metaphor*. Por ejemplo: “El sida está aflorando como una metáfora compleja, pero todavía no están del todo claro sus diversos matices de significación. En una versión conservadora se presenta como el castigo de Dios por los excesos de una sociedad abiertamente permisiva; en otro sentido, es la metáfora de una sociedad que ha depositado demasiada fe en la ciencia y que ahora se haya expuesta a la nueva plaga sin ayuda, y queda a merced de sus propios instrumentos tradicionales”.

desplazamiento metafórico³⁶. Gráficamente: *metáfora* y *síntoma* quedan de un lado, remitiendo ambos al significante *enfermedad*, del otro. La enfermedad es el estado en el que *condensan*³⁷ desde alteraciones biológicas a problemas sociales. En relación a este razonamiento, interesa seguir a Heller cuando subraya que “hay una (bio)política de significados metafóricos que ha estado aflorando ante nosotros. Si no se capta la dimensión metafórica, seguirá siendo un misterio la política de salud” (1995:73).

En relación a esto último –puede anotarse ésta como otra observación–, cabría postular una relación entre el planteo de Heller (1995) de la enfermedad como metáfora, en el que existe un desplazamiento y algo permanece negado; y el de Esposito (2005) sobre el movimiento de negación del procedimiento inmunitario. Lo que no se nombra en la metáfora política de la enfermedad, lo que es desplazado y permanece negado, es justamente lo que se presenta negando o amenazando la vida, aquello que el procedimiento inmunitario busca negar para protegerla; sobre todo a nivel social.

Otra observación se inserta en los razonamientos anteriores respecto a los desplazamientos metafóricos y la postulación del síntoma como enfermedad; y requiere ubicarse en la concepción del par enfermedad/salud como mercancías que son producidas y circulan en el mercado de la salud/enfermedad³⁸. En este mercado, los consumidores/pacientes nos relacionamos con enfermedades que asumen una determinada forma, así como con la forma de salud que se nos ofrece/vende. No obstante, los procesos previos o subyacentes al establecimiento de esas formas –así como las relaciones sociales e intereses que en ellos existen–, no se hallan directamente disponibles a los ojos y la consciencia³⁹ de quienes viven y practican (en) esas formas de salud/enfermedad. Por lo tanto, concerniría pensar a la salud/enfermedad-mercancía en términos de *fetichismo*⁴⁰; y, bajo esta perspectiva, preguntarnos por qué el conjunto de síntomas que componen una (nueva) enfermedad o las cualidades que comprende una vida saludable, asume una forma y no otra.

Todo esto permite mostrar la relevancia de los mecanismos interrelacionados que he dado en llamar ingeniería simbólica de las compañías farmacéuticas, para problematizar los procesos de medicalización. La pregunta que debe tener lugar ante estas observaciones-desafíos es ¿qué hacer? Una postura ético-metodológica –si se me permite la combinación–, que podemos asumir desde las ciencias de la comunicación es la de concebir el campo del significado como un espacio de poder y conflicto; y dar batalla a las definiciones como tarea política, máxime cuando se trata

³⁶ Cabe notar que la operación de desplazamiento es asociada a la figura retórica de la metonimia más que a la metáfora; sin embargo, aquí hablo de “desplazamiento metafórico”, bajo el entendimiento que la metáfora conlleva al menos una metonimia.

³⁷ Fue Sigmund Freud en “La interpretación de los sueños”, quien utilizó la noción de condensación asociada a la de metáfora. La condensación es uno de los mecanismos por medio del cual el contenido manifiesto de los sueños se presenta en un sintagma como metáfora de otros tantos sentidos del contenido latente. El otro mecanismo es el de desplazamiento, por el cual el pensamiento latente del sueño es desplazado metonímicamente y asume una forma en el contenido manifiesto.

³⁸ Estos conceptos fueron desarrollados en el apartado 3.2. Nótese que los términos de los pares de términos aparecen invertidos; esto es porque, según el punto de vista mantenido, corresponde hablar de la enfermedad-mercancía en el mercado de la salud, y de la salud-mercancía en el mercado de la enfermedad.

³⁹ Aquí, con consciencia no me refiero a la conciencia entendida como mente, sino justamente a lo que no se halla directamente disponible a ella, lo que permanece inconsciente.

⁴⁰ Se admite la posición teórica concerniente al Fetichismo presentada por Žižek (1992b), de modo que las relaciones y las formas de esas relaciones no son producto de un *enmascaramiento*, sino que la *ilusión* a la que remiten es constitutiva de la dimensión ideológica de la sociedad.

de definiciones relativas a la salud y la vida. “La salud es un área que mueve aspectos cada vez más centrales de la subjetividad”⁴¹. Así, las estrategias de medicalización que se operan sobre la salud, entonces, coadyuvan a la (re)configuración de subjetividades y significaciones sociales.

En este trayecto que va de la vida a las significaciones, encontramos la imbricación de dos tecnologías de poder, a la que he hecho mención precedentemente⁴²; a partir de la que se puede apuntar otra observación. Esta trabazón tiene forma de una cadena en cuyo extremo se halla la tecnología *biopolítica*, y continúa por los eslabones de politización del *cuerpo* y gestión de la *vida*; se anuda en los procesos y discursos de *medicalización*, cuyos objetos son el cuerpo, la salud y la vida. Luego se tensa por la centralidad de la *industria* farmacéutica en esos discursos y procesos; y se extiende por las *estrategias discursivas* y de *marketing* que implementan esas industrias, valiéndose de diversos *medios* para difundir sus *mensajes/información* a los *públicos*. La cadena se expande por la efectividad de esas *estrategias informacionales* sobre la configuración de *necesidades, hábitos y subjetividades*; y alcanza el último eslabón en virtud de la acumulación del *peso sígnico* que hay en los eslabones precedentes, en la forma de tecnología *noo-política* que se ajusta con el primero de los eslabones. Es decir, engarzamiento entre gobierno de los cuerpos y de los signos, y cruce de problemáticas biomédicas y sociales.

5. Balance y propuestas para un proyecto de investigación

Al comienzo de este trabajo he presentado la idea de asumir un proceso de investigación en términos de un viaje, pero aún no hemos iniciado nuestra marcha. Antes de esto hay que hacer lo que hizo *El Principito* de Antoine de Saint-Exupéry al emprender la partida de su Asteroide B612: recorrer el planeta, reconocer las dificultades, los compromisos, las oportunidades y el entusiasmo que le provocaba el vivir allí; y luego, deshollar los volcanes -tanto los activos como los inactivos-, para dejar el terreno preparado para partir. Nosotros no disponemos de bandas de pájaros que nos puedan remolcar; los medios de nuestro traslado deben ser construidos al fin del mismo viaje. Es esta disposición de exploración, reconocimiento y preparación del terreno la que se ha asumido y desarrollado a lo largo de estas páginas.

La organización de esta etapa preliminar reconoció distintos momentos articulados entre sí. Primero, tuvo lugar el *Preludio en clave de fundamentación disciplinar* donde se ha realizado una presentación de las categorías de biopolítica como tecnología de poder sobre la vida; y de medicalización como los procesos por los que la medicina deja de tener un campo exterior a sí y todo en la sociedad se torna medicalizable. Y luego, se ha dado espacio a una reposición imaginaria de distintos modos de tratamiento de la problemática desde ciertos enfoques inscriptos en el heterogéneo campo de las ciencias de la comunicación; concibiendo para ello, el escenario de múltiples actores sociales involucrados en los procesos de medicalización como un proceso de comunicación. Así también, se ha advertido que en el marco de la medicalización confluyen múltiples problemáticas a nivel de: la politización del cuerpo, intervención del poder sobre la vida, las construcciones discursiva, los intereses económicos de los diferentes actores sociales involucrados, y las mutuas relaciones de poder establecidas entre ellos.

Más adelante fue el espacio para la presentación de *la medicalización como estrategia biopolítica*. Allí se reconoció la radicalidad de la medicalización, tanto por

⁴¹ Valeria Román, periodista especializada en ciencia del Diario Clarín, entrevistada por Revista Acción, segunda quincena enero 2010.

⁴² Ver apartado 3.1., páginas 15.

tratarse de una sólida lógica que irriga distintas manifestaciones del proceso, como por operar a nivel corporal e ideológico. Asimismo, se ha advertido que lo que debe llamar nuestra atención es el uso que se hace de la medicina, la forma imperialista que asumen sus prácticas y los efectos de dominio que las mismas generan. A partir de la atención a las implicancias del control biopolítico, fueron puestas en consideración las nociones de cuerpo, vida, enfermedad, amenaza, deseo y dolor. Se ha postulado que la tecnología de poder sobre el cuerpo que tiene lugar en los procesos contemporáneos, se inscribiría en una nueva economía política de la vida; cuyo fundamento y objeto se desplaza a una noción de vida no anclada necesariamente en el cuerpo, y cuya preocupación se basa, igualmente, en la búsqueda de protección de la vida, pero también en la de su prolongación y producción. Hacia el final de la sección, se advirtió sobre la centralidad de la lógica económica de las industrias farmacéuticas en los procesos de medicalización, a partir del comercio de enfermedades y la mercantilización de la salud.

Finalmente, bajo el esquema que propone que toda posición estratégica requiere y supone una táctica, se dio lugar a ciertas observaciones para *la intervención en el paradigma de la medicalización*. Se ha sugerido la noción de tácticas para pensar las posibilidades de acción frente a la estrategia de las industrias químico-farmacéuticas que dan sustento al paradigma de la medicalización. La identificación de distintos tipos y niveles de problemáticas vinculadas al paradigma de la medicalización, ha sido un paso en el reconocimiento de las resistencias, cuyo desafío abre lugar a un campo de acción. Posteriormente, con el objetivo de detenerse en los mecanismos que organizan un discurso social ubicuo y poder proceder a su deconstrucción, se ha señalado un conjunto de observaciones relativas a la ingeniería simbólica que motorizan las industrias farmacéuticas: como la pluralidad de tipos de mensajes involucrados; el carácter contingente de la definición de las enfermedades; así como su índole metafórica y política; la posibilidad de pensar en la forma de la salud y la enfermedad en términos de fetichismo; y la relación de las dimensiones de la vida y, la significaciones y la información en una trabazón de dos tecnologías de poder sobre la vida y sobre los signos.

La complejidad que es posible reconocer en las múltiples dimensiones de los fenómenos analizados puede llegar a ser hasta paralizante. Asimismo, las dificultades que encontramos en el camino son numerosas; y, sin lugar a dudas, se han dejado de lado aspectos complementarios a las problemáticas tratadas. Sin embargo, esto no genera desánimo ni malestar; al contrario, sobreviene una suerte de seducción por los fenómenos que sorprenden, entorpecen, provocan e indignan. En un modelo de sociedad en el que el mejoramiento de la calidad de vida y la salud es convertido en una obsesión; y se hace de la medicina el principal medio de conseguirlo, medicalizando la vida misma, son la identidad y la subjetividad lo que se vuelve campo de conflicto. Gran parte de la población es etiquetada como enferma; e incluso, antes de nacer, mediante los estrictos controles médicos a los que son sometidas las madres, la primera identidad del individuo es la de ser pacientes.

Estos son fenómenos en los que no reparamos cotidianamente en nuestras prácticas: naturalizamos sus efectos y asumimos la legitimidad de su ordenamiento. Un trabajo de investigación que se inscriba en el campo de estudios sobre biopolítica y su articulación con la temática de la salud, que tenga por eje la problemática de la medicalización, debería retomar y hacer suyas estas reflexiones. Asimismo, es posible enunciar aquí algunas pautas que resultarían adecuadas a la hora de emprender dicho trabajo.

Por un lado, es necesario asumir un compromiso ético ya que no puede olvidarse que analizamos procesos que atañen a las definiciones de la propia vida humana y a diversas operaciones que sobre ella se ejercen; por lo tanto, también un compromiso político. Asimismo, se requiere proceder mediante una honradez

epistemológica, valiéndose de las virtudes y reconociendo las limitaciones de cada campo disciplinar desde donde pueden abordarse los fenómenos. Así también, asumir el desafío de articular diversos enfoques habilitados desde un mismo campo disciplinar guardando coherencia epistemológica. Vinculado a esto último, sería interesante poder articular un enfoque interdisciplinario donde confluyan distintos puntos de vista de la problemática. A nivel metodológico, sería conveniente seguir una estrategia que combine técnicas que permitan analizar distintos aspectos del fenómeno estudiado; como el análisis de contenido y semiológico de publicaciones sobre la temática, y el análisis cualitativo y de discurso en entrevistas a informantes claves y otras declaraciones.

También, ante un escenario múltiple de actores sociales, resulta apropiado efectuar su análisis desde una perspectiva foucaultiana que vincule saberes y poderes, tratando de advertir cómo cada actor social se posiciona y lee la “realidad” de los fenómenos distintivamente. Asumir el carácter relacional del poder permite una mejor comprensión de las estrategias que los actores utilizan, así como de las resistencias que enfrentan y oponen.

Particularmente, desde el campo de las ciencias de la comunicación, resulta preponderante problematizar la ingeniería simbólica y la estrategia discursiva puesta en marcha por la industria farmacéutica. Dar cuenta del paradigma de la medicalización en el discurso institucional médico – farmacéutico, examinar las significaciones relativas a las nociones de cuerpo, salud y vida en ese discurso, y reflexionar sobre los impactos de éste sobre los procesos de subjetivación, con fundamento en una concepción de cuerpo tecnológico, son objetivos pertinente para ser abordados.

Una propuesta de investigación es también una estrategia. Y como tal, requiere complementariamente de tácticas⁴³ para llevarla a cabo. Todo lo aquí desarrollado redundaría en la postulación de una táctica metodológica para comprender, una táctica de la convicción para no renunciar y una táctica política para intervenir. Cuando lo que está en juego son acciones y definiciones sobre la vida humana, la indiferencia no es una opción.

6. Referencias bibliográfica

- Agamben, Giorgio, *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida*, Valencia, Pre-textos, 1998.
- Aguilar Villanueva, Luis, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1996.
- Angell, Marcia, *The truth about the drug companies*, New York, Randon House, 2004, [en línea], [consulta: 5 de diciembre de 2009], disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org/112004/investigaciones.htm>.
- Ávila Fuenmayor, Francisco y Ávila Montaña, Claudia, “El concepto de biopolítica en Foucault”, *A Parte Rei. Revista de Filosofía* 69, mayo 2010, [en línea], [consulta: 27 de abril de 2010], disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila69.pdf>
- Bécerra, Martín, *La sociedad de la información: proyecto, convergencia, divergencia*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2003.
- Castells, Manuel, *La era de la información*, México, Siglo XXI, 2000.
- Conrad, Peter, “The shifting engines of medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, Volumen 46, N° 1, marzo 2005.

⁴³ Aquí empleo el concepto de táctica en el sentido de elemento componente de toda estrategia. Ver nota al pie N° 25.

- Costa, Flavia y Rodríguez, Pablo, “*La vida como información, el cuerpo como señal de ajuste: los deslizamientos del biopoder en el marco de la gubernamentalidad neoliberal*”, en *Michel Foucault: Biopolítica y Neoliberalismo*, Vanesa Lemm (comp.), Santiago de Chile Editorial, Universidad Diego Portales, 2009.
- De Certeau, Michel, *La invención de lo cotidiano. I. Artes de hacer*, México, Universidad Iberoamericana, ITESO, 2007.
- “Elige bien tu podcast para adelgazar”, *Somos medicina*, 15 de diciembre de 2009 [en línea], [consulta: 20 de marzo de 2010], disponible en:
http://www.somosmedicina.com/2009/12/elije-bien-tu-podcast-para-adelgazar.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+SomosMedicina+%28Somos+Medicina+-+Medicina+2.0%29
- Escudero, José Carlos, “Ante una segunda independencia latinoamericana: posibilidades y dificultades en salud y nutrición humanas”, en *América Latina hacia su segunda independencia. Memoria y autoafirmación*, Hugo Biagini y Arturo Roig (editores), Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Puertas del Bicentenario, 2007.
- Esposito, Roberto, “El enigma de la biopolítica”, en *Bios. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- ----- *Immunitas. Protección y negación de la vida*, Buenos Aires, Amorrortu, 2005.
- Foucault, Michel, *Nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.
- ----- *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- ----- *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI, 1996a.
- ----- *La vida de los hombres infames*, Buenos Aires, Altamira, 1996b.
- ----- “Del poder de soberanía al poder sobre la vida”, en *Genealogía del Racismo*, Buenos Aires, Altamira, 1996c.
- García Gutiérrez, José Francisco, “El fin de la medicina con rostro humano. Rumiaciones desde el siglo XXI”, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 2009 [en línea], [consulta: 10 de diciembre de 2009], disponible en:
<http://www.slideshare.net/easp21/medicalizacion-jfgg-2009>
- Greimas, Algirdas Julien y Courtés, Joseph, *Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*, Madrid, Gredos, 1982.
- Heller, Agnes y Feher, Ferenc, *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*, Barcelona, Península, 1995.
- Horkheimer, Max y Adorno, Theodor, *Dialéctica del Iluminismo*, Buenos Aires, Sur, 1969.
- Iacub, Marcela, “Las biotecnologías y el poder sobre la vida”, en *El infrecuente Michel Foucault. Renovación del pensamiento crítico*, Didier Eribon (director), Buenos Aires, Letra Viva/Edelp, 2004.
- Infac, “Creación de enfermedades”, en Revista *Información farmacoterapéutica de la Comarca*, vol 13, N° 7 Julio - Agosto 2005 [en línea], [consulta: 8 de diciembre de 2009], disponible en:
http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/infac_v13n7.pdf.
- Katz, Elihu y Lazarsfeld, Paul, *La influencia personal. El individuo en el proceso de comunicación de masas*, Barcelona, Hispano-Europea, 1979.
- Kishore J., *Dictionary of Public Health*, New Delhi, Century Publications, 2002.
- Jakobson, Roman, *Ensayo de lingüística general*, Barcelona, Seix Barral, 1981.
- Kraus, Arnoldo, “Urdir enfermedades: otras reflexiones”, *La Jornada*, febrero de 2008, México [en línea], [consulta: 11 de abril de 2010], disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/2008/02/27/index.php?section=politica&article=022a2pol>
- “La industria farmacéutica manipula la Wikipedia”, *Somos Medicina*, 9 de abril de 2009 [en línea], [consulta: 20 de marzo de 2010], disponible en:

- http://www.somosmedicina.com/2009/04/la-industria-farmaceutica-manipula-la.html?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+SomosMedicina+%28Somos+Medicina+-+Medicina+2.0%29
- Laplacette, Graciela y Vignau, Liliana, "Medicalización de la salud", en *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*, Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg (coord.), 2008, [en línea], [consulta: 17 de marzo de 2010], disponible en: www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf.
 - Lazzarato, Mauricio, *Políticas del acontecimiento*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2006.
 - "Los laboratorios generan el mensaje", *Revista Acción*, segunda quincena enero de 2010, Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos del Centro Cultural de la Cooperaciones Floreal Gorini [en línea], [consulta: 7 de abril de 2010], disponible en: <http://www.centrocultural.coop/blogs/salud/2010/02/noticias-acerca-de-la-medicalizacion-de-la-vida/>
 - Mainetti, José, *La medicalización de la vida*, en revista *Electroneurobiología*, volumen 14, Nº 3, 2006, [en línea], [consulta: 11 de abril de 2009], disponible en: http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.pdf.
 - Márquez, Soledad y Meneu, Ricard, "La medicalización de la vida y sus protagonistas", en *Gestión clínica y sanitaria*, V. 2, verano 2003, [en línea], [consulta: 3 de diciembre de 2009], disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf>
 - Martín-Barbero, Jesús, *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía*, México, Gustavo Gili, 1987.
 - Mosco, Vincent, "La Economía Política de la Comunicación", CIC: Cuadernos de información y comunicación, vol. 11, pp. 57-79, 2006.
 - Nancy, Jean-Luc, *El intruso*, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.
 - Pêcheux, Michel, *Hacia un análisis automático del discurso*, Gredos, Madrid, 1978.
 - Pinkus, Nicolás, "Análisis del tratamiento discursivo de las minorías sexuales en la cobertura periodística de los diarios nacionales argentinos", 19 de mayo de 2003 [en línea], [consulta: 30 de abril de 2010], disponible en: http://www.maep.com.ar/img_carga/alumnos/6d273b94245c12323982455c795d1e3b.doc.
 - Rodríguez Díaz, Susana, "El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio", en *Intersticios. Revista de Sociología del pensamiento crítico*, volumen 2, Nº 2, 2008, [en línea], [consulta: 10 de diciembre de 2009], disponible en: www.intersticios.es/article/download/2714/2128.
 - Sfez, Lucien, *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*, Buenos Aires, Prometeo, 2008.
 - Tamayo Sáez, Manuel, "El análisis de las políticas públicas", en *La nueva Administración Pública*, Rafael Bañón y Ernesto Carrillo (compiladores.), Madrid, Alianza Universidad, 1997.
 - Tirado, Francisco, "La semántica de la biopolítica", en revista *Atenea Digital*, Nº 14, 2008, [en línea], [consulta: 20 de febrero de 2010], disponible en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/513>.
 - Uema, Sonia; Vega, Elena; Briñón, Margarita, "La problemática de la publicidad sobre los medicamentos y la medicalización", Centro de Información sobre Medicamentos, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Químicas. Departamento de Farmacia, junio 2008, [en línea], [consulta: 22 de abril de 2010], disponible en: <http://www.fcq.unc.edu.ar/cime/boletin%20publicidad%20VL%202006-08.pdf>
 - Verón, Eliseo, *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*, Buenos Aires, Gedisa, 1987.
 - Virilio, Paul, *La bomba informática*, Madrid, Cátedra, 1999.
 - Voloshinov, Valentin, *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1976.
 - Wolf, Mauro, *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*, Barcelona, Paidós, 1987.

- Žižek, Slavoj, "Che vuoi?", *El sublime objeto de la ideología*, México, Siglo XXI, 1992a
- ----- "Cómo inventó Marx el síntoma", *El sublime objeto de la ideología*, México, Siglo XXI, 1992b.