

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador
Departamento de Antropología, Historia y Humanidades
Convocatoria 2016 - 2018

Tesis para obtener el título de maestría de investigación en Filosofía y Pensamiento Social

Una mirada biopolítica al discurso legislativo ecuatoriano acerca de la salud en la segunda
mitad del siglo XX

Edison Alberto Aguilar Santacruz

Asesor: Rafael Polo Bonilla
Lectores: Eduardo Kingman y Stéphane Vinolo

Quito, junio de 2019

Dedicatoria

A la presencia de Víctor Manuel Aguilar Moya (1924 - 2012), mi padre.

Epígrafe

Tal vez la filosofía pueda cumplir aún un papel por el lado del contrapoder, con la condición de que ese papel ya no consista en hacer valer, frente al poder, la ley misma de la filosofía, de que ésta deje de pensarse como profecía, deje de pensarse como pedagogía o como legislación y se asigne la tarea de analizar, dilucidar, hacer visibles y por lo tanto intensificar las luchas que se libran en torno del poder, las estrategias de los adversarios en el seno de las relaciones de poder, las tácticas utilizadas, los focos de resistencia; con la condición, en suma, de que la filosofía deje de plantear la cuestión del poder en términos de bien o mal, y lo haga en términos de existencia Michel Foucault, “La philosophie analytique du pouvoir” (27 de abril de 1978), DE, vol. III, núm. 232, p. 540.

Tabla de contenidos

Resumen	VI
Agradecimientos	VIII
Introducción	1
Capítulo 1	
La biopolítica, un dispositivo de seguridad, el discurso	5
1. La gubernamentalidad	5
2. El biopoder	6
3. La biopolítica.....	7
4. La población.....	13
5. Un dispositivo de seguridad	14
6. El dispositivo y el discurso.....	15
Capítulo 2	
La medicina social dispositivo biopolítico y su discurso post Segunda Guerra Mundial 17	
1. El pensamiento filosófico y la salud	24
2. Relaciones poder político - medicina social según las historias	26
3. La medicina y el poder	33
4. La medicina social y la medicalización según Foucault	36
5. La biopolítica y la medicina social.....	41
6. La normalización.....	42
7. La policía médica	45
8. La protección social componente del dispositivo biopolítico	46
9. La medicina social en el discurso internacional de la salud.....	50
Capítulo 3	
Recepciones del discurso biopolítico sobre salud en América Latina y Ecuador	52
1. El pensamiento de Foucault y Juan César García	53
2. La Oficina Sanitaria Panamericana	57
3. El Código Sanitario Panamericano	61
4. Recepción en la segunda mitad del siglo XX.....	69
5. Discurso legislativo al crear el Ministerio de Salud Pública.....	71
6. Discurso legislativo acerca de la salud como derecho humano	80
Conclusiones	87
Lista de referencias	91

Declaración de cesión de derechos de publicación de la tesis

Yo, Edison Alberto Aguilar Santacruz, autor de la tesis titulada “Una mirada biopolítica al discurso legislativo ecuatoriano acerca de la salud en la segunda mitad del siglo XX”, declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de investigación en Filosofía y Pensamiento Social concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, junio de 2019



Edison Alberto Aguilar Santacruz

Resumen

La afirmación de Foucault: “la medicina es una estrategia biopolítica”, suscita las preguntas: ¿qué es la biopolítica?, ¿cómo se relacionan medicina con biopolítica?, ¿la medicina una estrategia de la biopolítica? Para responderlas, indago los significados de biopolítica, dispositivo de seguridad y discurso; describo la genealogía de la medicina social como dispositivo biopolítico y presento sus expresiones en el discurso sobre salud luego de la Segunda Guerra Mundial; muestro algunas recepciones de ese discurso en el pensamiento panamericano sobre salud en la primera mitad del siglo XX y, en el discurso legislativo ecuatoriano acerca de salud en la segunda mitad del siglo XX.

La industrialización, con la explosión demográfica en el crecimiento de puertos y ciudades y la expansión del comercio internacional, configuraron a las poblaciones como objetos de gobierno. La categoría biopolítica refiere a una manera de gubernamentalidad de las poblaciones humanas, permite comprender la relación del poder con la vida biológica y social de las poblaciones humanas, en el tránsito del Estado de soberanía al Estado de seguridad y del biopoder (decisión soberana sobre la muerte de los súbditos) a la biopolítica (necesidad de cuidar la vida de las poblaciones). La seguridad protege de los riesgos vitales y de las contingencias propias del trabajo asalariado que ponen en peligro la existencia, evita conflictos sociales. La seguridad opera mediante dispositivos específicos con discursos, instituciones y disciplinas propios para su reproducción.

En el pensamiento filosófico, en el de la salud pública y en el de la medicina social: la salud es un estado de bienestar y la medicina la encargada de su atención. De las relaciones medicina - poder político - pensamiento económico liberal, de comienzos de la modernidad capitalista, proceden los elementos generales y particulares de la medicina social como dispositivo biopolítico: la normalización, estrategia para la medicalización de la vida biológica y social de los humanos; la policía médica, el control interno de la salud de las poblaciones; y, la protección estatal en tres modalidades: asistencia social para pobres, seguridad social para trabajadores mediante ahorro obligatorio y, compra de servicios de salud para quienes pueden pagarla.

El discurso de la medicina social está presente en el Acta de constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, acordada luego de la Segunda Guerra Mundial. Declara a la salud

derecho humano fundamental y obligación de los gobiernos, la define como el completo estado de bienestar, la declara condición de seguridad y paz, recomienda priorizar poblaciones vulnerables y destaca la importancia del conocimiento y la comunicación para la acción gubernamental.

El discurso de la medicina social, está presente en el pensamiento social sobre salud de la región de las Américas, en el control sanitario a través de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Código Sanitario, en la primera mitad del siglo XX y en el discurso legislativo ecuatoriano de la segunda mitad del siglo XX, con motivo de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967 y la inclusión del derecho a la salud en el texto constitucional de 1998.

Agradecimientos

A Rosita e Irina por su tiempo, comprensión y apoyo.

Introducción

El primer encuentro, hace muchos años, con el libro *“Lo normal y lo Patológico”* de Georges Canguilhem, a pesar de la poquísima comprensión de entonces, me abrió puertas a mundos distintos de las historias de la medicina; y el segundo encuentro, más bien reciente, con la afirmación de Michel Foucault: “la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, *Historia de la medicalización* 1977, 5), me confrontan con las historias de la salud pública y de la medicina social, con los discursos de altruismo y humanismo médicos, con las disciplinas económica y políticamente neutras sobre la salud y la enfermedad, con las políticas socialmente responsables de la salud de la población o capital humano, con la salud como condición para el desarrollo económico y social. Estos encuentros interrogan acerca de las relaciones entre la medicina y la medicina social con la política, con el poder político, me pregunto ¿por qué la medicina?, ¿cuándo es social la medicina?, ¿qué es la biopolítica?, ¿cómo se relacionan medicina con biopolítica?, ¿la medicina una estrategia de la biopolítica? Para responderlas, indago los significados y alcances de la categoría biopolítica, así como los elementos y características de un dispositivo de seguridad; indago la genealogía de la medicina social, desde sus procedencias del pensamiento filosófico y la historia de la salud pública; en las relaciones de la medicina con el poder político, encuentro la emergencia de la medicina social como un dispositivo biopolítico; muestro su presencia en el discurso internacional sobre la salud luego de la Segunda Guerra Mundial, las recepciones en el pensamiento panamericano acerca de la salud en la primera mitad del siglo XX y, en el discurso legislativo ecuatoriano de la segunda mitad del siglo XX a propósito de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967 y la inclusión por primera vez, del derecho humano a la salud en la Constitución Política de la República del Ecuador de 1998.

Entiendo la categoría biopolítica como "la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas..." (Foucault, *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France* (1978-1979) 2016, 359), tomando como marco de racionalización al liberalismo, "principio y método de racionalización del ejercicio del gobierno", racionalización que parte del postulado que 'el gobierno' consiste en "regir la conducta de los hombres en un marco y con instrumentos estatales" (Foucault, *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France* (1978-1979) 2016, 360). Asumo la genealogía como la búsqueda de 'la procedencia', la

fuerza, de las cosas y de los conceptos, como la búsqueda de “los comienzos” para encontrar los sucesos que han formado las cosas y los conceptos, búsqueda para mostrar la discontinuidad del proceso que no evoluciona según un fin preestablecido o un destino, sino, en conflicto permanente de construcción y destrucción; búsqueda que distingue “la emergencia” de los fenómenos, su aparición como expresión del “juego azaroso de las dominaciones”, esto es de un “determinado estado de fuerzas”, que serán distintos según las situaciones de fortaleza o debilidad que enfrenten las cosas o los conceptos; búsqueda que distingue entre procedencia como la capacidad de acción y la emergencia como el lugar de enfrentamiento, que es un no lugar, en donde los adversarios no pertenecen a un mismo espacio, por lo que: “Nadie es pues responsable de una emergencia, nadie puede vanagloriarse; ésta se produce siempre en el intersticio” (Foucault, Nietzsche, la genealogía, la historia 1979, 16).

En el Capítulo 1, tomo como punto de partida la afirmación de Foucault "la medicina es una estrategia biopolítica", describo las distintas interpretaciones de algunos lectores de Foucault de la categoría biopolítica, leo en este mismo autor, las condiciones históricas, políticas y económicas que hicieron posible esta categoría compuesta, su pertenencia a una forma de gubernamentalidad, conformada por el biopoder y la biopolítica para el gobierno de las poblaciones surgidas en la temprana modernidad como objeto de gobierno, resumo la descripción de los elementos generales y específicos de un dispositivo de seguridad y cierro con la elección del discurso como descriptor de un dispositivo.

En el Capítulo 2, describo en las relaciones de la medicina con el poder, las procedencias del pensamiento médico social, tanto del Pensamiento Filosófico, como de la Historia de la Salud Pública y de la Medicina Social europeos, e incorporo la “*Historia de la medicalización*”, hecha por Foucault, historia de la medicina social compuesta por la medicina estatal, la medicina urbana y la medicina laboral, para mostrar la presencia de los elementos generales y los específicos de un dispositivo de seguridad, que, según mi lectura, componen a la medicina social como dispositivo de la biopolítica, un dispositivo del moderno Estado de seguridad, un dispositivo de gobierno de las poblaciones, en coexistencia con dispositivos del anterior Estado de soberanía, para la medicalización de la vida biológica y social de las poblaciones. Describo algunas manifestaciones del discurso de la medicina social en el discurso político internacional sobre salud posterior a la Segunda Guerra Mundial, en la Constitución en 1946 de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

En el Capítulo 3, describo la recepción, en la primera mitad del siglo XX, del discurso internacional de la medicina social, en el pensamiento social de salud en la región de las Américas, en la conformación de la Oficina Sanitaria Panamericana y en la expedición del Código Sanitario Panamericano. Refiero la presencia del discurso de la medicina social, en el discurso legislativo ecuatoriano con motivo de la creación del Ministerio de Salud en 1967 y de la inclusión de la salud como un derecho humano en la Constitución Política de 1998.

La categoría biopolítica pertenece a las formas de gobierno del Estado de seguridad para controlar a las poblaciones producidas por la industrialización, la formación de los puertos y las ciudades modernas y la ampliación del comercio mundial. Para el gobierno de esas poblaciones se conforman dispositivos de seguridad entre los que destaca la medicina social con discurso e instituciones específicos.

La medicina social y el poder político desarrollan relaciones transaccionales, por las cuales, la medicina recibe el reconocimiento del poder como medicina oficial y el Estado de seguridad se dota de una herramienta de gobierno de poblaciones. La medicina social, instrumento de gobierno del Estado de Seguridad produce y reproduce la vida biológica y la vida social de las poblaciones para los mercados de la producción, del consumo y del intercambio, mediante la protección social a la salud, la previsión (seguridad social) y la compra directa de los servicios de salud. De esa manera, el Estado de Seguridad protege, asegura a las poblaciones ante los riesgos vitales de la existencia y ante las contingencias propias del trabajo asalariado.

La medicina social presente en el discurso de las políticas internacionales sobre salud ofrece universalidad de la protección ante los riesgos de la existencia de la vida social, universalidad de la previsión ante las contingencias derivadas del trabajo asalariado y libertad para la compra de servicios para quienes estén en capacidad de hacerla. La universalidad o medicalización, en palabras de Foucault, comprende las medicinas para pobres, trabajadores asalariados y ciudadanos. El Estado de seguridad, como condición para la universalidad prometida, demanda disciplina, tanto de las poblaciones pobres, asalariadas y con capacidad de compra, como de las calificadas como vulnerables, disciplina para acceder a las medicinas organizadas en uno o varios sistemas.

El discurso de la medicina social, en tanto discurso internacional sobre salud, está presente en el correspondiente pensamiento social del continente americano para el control sanitario a través de la Organización Sanitaria Panamericana y el Código Sanitario de la primera mitad del siglo XX. La medicina social está presente en el discurso legislativo ecuatoriano de la segunda mitad del siglo XX, tanto para la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967, como para el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental de la población en la Constitución de 1998. Consecuentemente, declara universalizar la atención a la salud de las poblaciones de pobres, asalariados y ciudadanos en capacidad de comprar servicios, mediante la beneficencia, la protección social, la previsión obligatoria y voluntaria, declara priorizar la atención a la familia y a las poblaciones vulnerables, y promete racionalidad en la acción estatal en salud.

Capítulo 1

La biopolítica, un dispositivo de seguridad, el discurso

El análisis de los mecanismos de poder tiene, a mi juicio, el papel de mostrar cuáles son los efectos de saber que se producen en nuestra sociedad por obra de las luchas, los enfrentamientos, los combates que se libran en ella, así como por las tácticas de poder que son los elementos de esa lucha (Foucault, *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)* 2006, 17).

Tomo como punto de partida la afirmación hecha por Foucault “la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, *Historia de la medicalización* 1977, 5), me pregunto ¿qué es la biopolítica? Para responder a la pregunta reviso las procedencias de esta categoría, desde el análisis que hace el mismo Foucault acerca de la gubernamentalidad, el biopoder, la población y desde las lecturas de varios autores que tratan de clasificar, explicar, interpretar la categoría biopolítica, por haber adquirido ésta, múltiples dimensiones y usos políticos, debido a estar compuesta de los términos vida y política. Considero que entre los conceptos vida y política, componentes de la categoría biopolítica, se produjo un encuentro, “Un encuentro entre dos términos esencialmente extraños, uno respecto del otro”, lo que Badiou califica como “una situación filosófica” (Badiou 2010, 10), esto es, una situación a ser examinada por el pensamiento filosófico, así, retomo el examen filosófico hecho por Foucault quien ubicó los comienzos de esta situación, la biopolítica, en el siglo XVIII, en los albores del capitalismo mercantil, con la formación de poblaciones numerosas concentradas en los puertos y en las grandes ciudades europeos, situación que modificó las relaciones entre el poder, las formas de gobierno y la población, situación de paso del poder que decidía la muerte de los individuos, al poder que debe promover la vida, lo que en palabras de Foucault es el traslado del Estado soberano al Estado de seguridad. Así, la biopolítica emerge como una estrategia del poder, ante las nuevas condiciones de la vida social, debidas a la producción industrial y a la expansión del comercio con alcance mundial.

1. La gubernamentalidad

Michel Foucault analizó las formas de gobierno en la Modernidad, comparadas con las formas anteriores propias de la Antigüedad, las ubicó correlativas con el capitalismo mercantil, en el marco del pensamiento liberal y propuso la categoría “gubernamentalidad”, compuesta por tres conjuntos de elementos: a) los medios, esto es, el conjunto de instituciones,

procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que hacen posible ejercer el poder sobre la población como meta principal, a través de un saber primordial: la economía política y un instrumento técnico esencial: los dispositivos de seguridad; b) la forma de poder que fue adquiriendo preeminencia por encima de la soberanía y la disciplina llamada: ‘el gobierno’, con sus aparatos y saberes específicos ; y c) el proceso de transformación del poder desde los siglos XV y XVI que convirtió al Estado de justicia de la Edad Media en el Estado administrativo, esto es un Estado ‘gubernamentalizado’ (Foucault, *Estética, Ética y Hermenéutica* 1999, 195).

2. El biopoder

Para comprender las transformaciones de las relaciones del poder, con los individuos y las poblaciones, para el gobierno de la población, en el marco de gubernamentalidad del Capitalismo, Foucault analiza los conceptos biopoder y biopolítica cuando el “derecho disimétrico” de vida y muerte, transita del “derecho absoluto” del soberano en la Antigüedad, a un “derecho relativo y limitado” en la Modernidad. El derecho de muerte de la Antigüedad “tendió a desplazarse, o al menos a apoyarse en las exigencias de un poder que administraba la vida”, a un poder que “se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales”. Así como en la Antigüedad, la guerra se hacía para defender al soberano, en la Modernidad se la hace para defender la existencia de una población, “pero la existencia en cuestión ya no es aquella, jurídica, de la soberanía, sino la puramente biológica de una población”, el “principio de poder matar para poder vivir, que sostenía la táctica de los combates”, sostiene como un principio de estrategia, a la relación entre Estados”. En resumen, en la Modernidad, “el poder reside y se ejerce en el nivel de la vida, de la especie, de la raza y de los fenómenos masivos de población” (Foucault, *La voluntad de saber* 2016, 128-130).

Foucault ubica los comienzos del poder sobre la vida, en el siglo XVII, bajo dos formas principales, no excluyentes, si muy interrelacionadas. La primera en formarse, centrada en el cuerpo individual como máquina para: “su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos”, características aseguradas mediante “procedimientos de poder característicos de las disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano”. La segunda forma, comenzó a mediados del siglo XVIII, concentrada en el cuerpo ya no individual sino en el cuerpo-especie, en el cuerpo genérico, el cuerpo biológico, soporte

de los procesos: “la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar”; esos procesos o problemas fueron asumidos mediante “intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población” (Foucault, La voluntad de saber 2016, 131-132).

El “poder cuya más alta función desde entonces no es ya quizá la de matar sino la de invadir la vida enteramente”, el poder sobre la vida, en sus dos formas fueron constituidas en interrelación con las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población. La anatomopolítica constituyó y desarrolló las organizaciones para la disciplina, para la sujeción del cuerpo: la escuela, el cuartel, el taller, el hospital; la biopolítica para el control de las poblaciones constituyó y fue constituido por las prácticas políticas y las observaciones económicas de los problemas de la natalidad, la longevidad, la salud pública, la vivienda, la migración. Ambas técnicas de poder se articularon en “la forma de arreglos concretos que constituirán la tecnología del poder en el siglo XIX: el dispositivo” (Foucault, La voluntad de saber 2016, 132-133).

El “biopoder”, fue un “elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos”. Si el capitalismo, para mantener las relaciones de producción, desarrolló como métodos de poder, como instituciones de poder: los aparatos de Estado; la anatomopolítica y la biopolítica como “técnicas de poder”: “actuaron en el terreno de los procesos económicos; (...) operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales (...) garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía”; el ejercicio del biopoder hizo posible en parte “el ajuste entre la acumulación de los hombres y la de capital, la articulación entre el crecimiento de los grupos humanos y la expansión de las fuerzas productivas y la repartición diferencial de la ganancia” (Foucault, La voluntad de saber 2016, 133).

3. La biopolítica

Foucault definió la biopolítica como “la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas...” (Foucault, Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979) 2016, 359). La biopolítica se dirige a tratar a “la ‘población’ como un conjunto

de seres vivos y coexistentes, que exhiben rasgos biológicos y patológicos particulares”; y desde el siglo XVII debe comprenderse la biopolítica como parte de “la gestión de las fuerzas estatales” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415).

Según Roberto Esposito, la categoría biopolítica, a pesar de “su relevancia epocal no parece corresponderse con una adecuada claridad en cuanto categoría. Lejos de haber adquirido una sistematización definitiva, el concepto de biopolítica aparece atravesado por una incertidumbre, una inquietud, que impiden toda connotación estable” (Esposito 2006, 24); la incertidumbre que atraviesa al concepto biopolítica, lo coloca como instrumento y objeto de un áspero enfrentamiento filosófico y político para comprender nuestro presente. Este autor, identifica tres procedencias de la categoría, según cómo se conciba al Estado: organicista, antropológica y naturalista, por el predominio de la relación vida y naturaleza o vida y poder (Esposito 2006, 27-40). Califica a la biopolítica, como un concepto ‘disperso’ por la relación entre los dos términos que lo componen (Esposito 2006, 24-25) y señala que Foucault siempre se basó en el mismo esquema simbólico: “la existencia de dos entidades diferenciadas y separadas -el conjunto de los individuos y el poder- que en determinado momento traban relación entre sí conforme las modalidades definidas por un tercer elemento -la ley-”, esquema triangular que distingue a las filosofías modernas según el énfasis que pongan en uno de sus polos (Esposito 2006, 42-43). Finalmente, reconoce, en el desplazamiento y colonización del derecho por el saber médico, el cambio de régimen “de relaciones jurídicas a uno que toma a cargo la vida en el cuerpo mismo de quienes son sus portadores” (Esposito 2006, 47).

Salinas Araya, según el orden de aparición de las obras de Foucault, distingue dos recepciones de las categorías biopolítica y gubernamentalidad. Divide, a la primera y temprana recepción en dos, atendiendo al énfasis en una de las categorías: la gubernamentalidad o la biopolítica. Ubica los estudios con énfasis en la gubernamentalidad en el mundo anglosajón, que con poca traducción a otros idiomas, muestran las formas en que la gubernamentalidad se aplica a diversos terrenos y se diferencian de otros enfoques que analizan el poder. La recepción biopolítica realizada principalmente por los autores italianos Agamben, Hardt-Negri y Esposito, con amplia difusión en muchos idiomas, pretende formular un ‘paradigma’ que actualice los análisis de Foucault al momento actual: el Campo de concentración, el Imperio y la Immunitas respectivamente, Agamben, posteriormente intentará también con la teología

económica y la liturgia. En las dos primeras recepciones, considera Salinas, las dos categorías forman parte de un mismo problema: “el ejercicio del poder en el programa y las prácticas neoliberales de gobierno”. La segunda recepción, con base en la publicación de “*El Nacimiento de la biopolítica*” y la publicación íntegra de la investigación foucaultea sobre el tema, trata en presente de la relación entre Razón Gubernamental, neoliberalismo y biopolítica. Los intentos de esta recepción por articular estas categorías son observables en “el trabajo de Colin Gordon desde 1986 sobre el neoliberalismo como objeto de análisis para observar las relaciones de poder”; “las propuestas de Laval y Dardot, con base en las observaciones iniciales de Foucault sobre las diferencias entre el ordoliberalismo alemán y el neoliberalismo norteamericano”; “algunos comentarios de Deleuze sobre la noción de diagrama en Foucault que pueden ayudar a entender las relaciones de superposición entre las diversas tecnologías de poder en formaciones sociales concretas”; el trabajo de Rose entre 2006 y 2008 en el que propone algunas ideas para desentrañar lo que sería una ‘economía política de la vitalidad’ y en los últimos trabajos de Maurizio Lazzarato, sobre la producción de subjetividad y la formación de relaciones sociales a partir de la deuda (Salinas Araya 2014, 13-20).

Thomas Lemke, por su parte, ubica a la biopolítica en un caos conceptual producto de la situación divergente al reunir vida y política, propone dos maneras de orientarse en aquel caos: según los usos y según los significados del concepto, por los usos del concepto distingue de acuerdo al acento en uno de los dos componentes, aquellos que ponen el énfasis en la vida como fundamento de la política, los naturalistas, incluye desde los organicistas del Estado de principios del siglo XX, hasta los enfoques biológicos en las ciencias políticas contemporáneas; mientras en el otro polo están los que entienden la biopolítica como un campo de acción o rama de la política que se ocupa de la regulación y la consolidación de los procesos de la vida, comprende la biopolítica ecológica y la tecnológica (Lemke 2017, 14-16); sin embargo, el mismo Lemke desestima la clasificación según los usos, debido a que la diferencia es de énfasis y comparten en común el supuesto de considerar que uno de los términos es fijo, estable, lo cual contradice la historia y el desarrollo científico de la biología y de la política misma, por eso propone asumir la propuesta de Foucault: la biopolítica como un concepto ‘relacional y político’, en el cual la vida no es el fundamento ni el objeto de la política sino su límite, lo que la hace aparecer como algo natural y dado, así como artificial y reformulable. De forma que la biopolítica es para Foucault, según Lemke y lo cita: “la entrada de los fenómenos propios de la vida de la especie humana en el orden del saber y del poder,

en el campo de las técnicas políticas (Foucault, *La voluntad de saber* 2016, 135)”, lo que significa que el concepto biopolítica es una abstracción de los atributos biológicos y no existencias singulares humanas. Esas abstracciones sirven para establecer normas, estándares y valores promedio. “Así la ‘vida’ se convertirá en una medida independiente, objetiva y medible”; por tanto, la categoría biopolítica demanda un conocimiento político específico y nuevas disciplinas como la estadística, la demografía, la epidemiología y la biología, que analizan los procesos vitales de la población para ‘gobernar’ individuos y colectivos (Lemke 2017, 17-18).

Edgardo Castro¹, distingue y organiza cuatro relaciones de la categoría biopolítica para el gobierno sobre la vida biológica de la población, relaciones con la economía, con la política, con la medicina y con la guerra y la lucha (Castro, *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica*. 2016). Todas ellas son relaciones de poder, con la política la relación es con el derecho y la soberanía como forma de gobierno; con la guerra y la lucha, para la normalización; con la economía para la producción, el consumo y la circulación; y con la medicina para la medicalización (Castro, *Teoría de la biopolítica* 20 de julio 2018).

En la relación de la biopolítica con la política, esto es con el derecho, la ley y la soberanía, Foucault identifica un cambio en la forma de gobernar, la denomina “biopoder” con dos ejes: la “anátomo-política” para disciplinar el “cuerpo humano” individual y la “biopolítica” para controlar el cuerpo social, a “la población” (Foucault, *La voluntad de saber* 2016, 132); la formación del biopoder es fundamental para el desarrollo del capitalismo mediante dos mecanismos que han posibilitado ajustar los procesos de acumulación de capital: la acumulación de los hombres y la normalización, esto es la predominancia progresiva de la norma en detrimento de los dispositivos jurídicos, debido a que la biopolítica como dispositivo no funciona del mismo modo que la ley, no se apropia de la vida para suprimirla, sino para administrarla, para regularla, para distribuirla según su valor y utilidad, es una forma distinta de ejercicio del poder; sin embargo, Foucault aclara que no se trata de una sustitución del poder soberano, ni de una secuencia de poder soberano a biopoder, sino de un entrelazamiento (Foucault, *La voluntad de saber* 2016, 133-134).

¹ Edgardo Castro “*Teoría de la biopolítica*”. (Seminario Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Quito: 19 – 21 de julio de 2018).

Otro elemento a destacar dentro de la relación biopolítica con la política, es la contraposición con las teorías del contrato social para explicar los comportamientos sociales, Foucault, conforme ubica Edgardo Castro, en la concepción jurídica del contrato, la obligación y el deber implican que “el sujeto de derecho está sometido a la obligación y al deber”, mientras en “la concepción antropológico-económica del interés, en cambio, el sujeto no obedece al contrato por obligación, sino simplemente por interés” y está sometido a lo involuntario, a lo accidental y desconoce los límites de su beneficio y el perjuicio o beneficio para los otros (Foucault, Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979) 2016, 305-330), (Castro, Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica. 2016, 64-65).

La relación de la biopolítica con la guerra y la lucha es en torno a la normalización, distinguiendo entre la “normación” del cuerpo individual y la normalización de la población, la primera se produce a través desde el exterior y la disciplina, mientras para normalizar a la población, sin uso de fuerzas externas, se educa en la autodisciplina, en el autocontrol; en la normalización interviene la medicalización dando como consecuencia la existencia de sociedades normalizadas; en términos políticos no se trata de la eliminación del enemigo sino de la eliminación de la amenaza biológica, de la degradación, de lo anormal” (Foucault, Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976) 2002, 217-237).

La relación economía y biopoder, Foucault la ubica con el liberalismo, al cual reconoce no solamente como una teoría económica sino como una forma histórica, tal vez la más importante de la racionalidad política moderna, desde el momento en que el mercado se convierte en el lugar, en el mecanismo de veridicción, “en la medida en que a través del intercambio permite vincular la producción, la necesidad, la oferta, la demanda, el valor, el precio, etc., (...) un lugar de verificación y falseamiento de la práctica gubernamental” (Foucault, Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979) 2016, 49), (Castro, Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica. 2016, 61). El mercado que en la Edad Media era fundamentalmente un ‘lugar de justicia’, con múltiples reglamentaciones para establecer, por ejemplo, ‘el precio justo de los productos o para sancionar el fraude’, el mercado, a partir del siglo XVIII, deja de ser un espacio de jurisdicción y se convierte en un espacio “natural”, esto significa, que funciona según sus “propios mecanismos”. En torno a este cambio, Foucault propone distinguir las propuestas liberales de las neoliberales respecto al Estado. Con las primeras, las liberales, se trata de

poner el Estado bajo el control del mercado, “El mercado, cuyo motor esencial era el intercambio, no debía ser distorsionado por las intervenciones estatales, de ahí el principio del *laissez-faire*”. En cambio, para los neoliberales alemanes que destaca Foucault, “el mercado no debe ser concebido en términos de intercambio y de equivalencias, sino en términos de competencia y, por lo tanto, de desigualdad. Ello es posible, solo si existen determinadas condiciones que no se dan de manera natural, sino artificialmente” y por lo tanto el Estado debe “gobernar para el mercado, más que gobernar a causa del mercado” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 125), (Castro, Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica. 2016, 62). De esa manera, es posible comprender, para el neoliberalismo, las políticas estatales “no buscan intervenir sobre la situación del mercado, sino sobre las condiciones fundamentales de la economía, las que hacen que un mercado sea posible: los suelos, las condiciones culturales, técnicas o jurídicas, etcétera” (Castro, Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica. 2016, 63).

La relación biopolítica con la medicina describe los comienzos de la medicina social, en tres procesos concurrentes de la “bio-historia” del sistema sanitario moderno, la medicina instrumental a la economía y la medicalización de la vida biológica de la población. En el capitalismo el cuerpo se convierte en fuerza de trabajo, objeto del control del Estado apoyado en la medicina que a través de la historia desarrolla tres modelos: atención a la enfermedad, administración la salud pública y el control de la población a través de la medicina social: la medicina de Estado interesada en regular la práctica de la medicina a través de la “policía médica”; la medicina urbana, debido a la expansión de las ciudades y con base en la experiencia en el manejo y control de las epidemias, organiza epidemiológica la ciudad y el control ambiental para prevenir el contagio y la insalubridad; y la medicina laboral que en su preocupación por la situación de los trabajadores, cambia de las leyes de pobres contra el vagabundaje, a las leyes de pobres para proteger la salud de la población trabajadora como recurso para mantener la producción, mediante un sistema tripartito de atención: medicina asistencial para los pobres y trabajadores, medicina administrativa ocupada de las vacunas y otras medidas de saneamiento y salud pública y medicina privada para quienes pueden comprar la atención médica. El sistema laboral inglés, según Foucault, terminó imponiéndose porque era menos costoso que el estatal alemán y más preciso que el urbano francés (Castro, Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica. 2016, 48-49).

4. La población

El concepto alrededor del cual gira las descripciones de Foucault de la gubernamentalidad en general y de la biopolítica en particular, como nueva forma de gobierno, es “un personaje político absolutamente nuevo, que hasta entonces no había existido, no se lo había percibido, reconocido, recortado; ese nuevo personaje que hace una entrada notable y además señalada desde muy pronto, en siglo XVIII, es la población”, y si bien reconoce que no es la primera vez que se presenta la preocupación acerca de la población no sólo en el pensamiento político sino también en “las técnicas, los procedimientos de gobierno”; distingue la población como una noción negativa propia del fenómeno de respuesta ante la despoblación a consecuencia de los desastres naturales, especialmente las epidemias, que afectaron a la Antigüedad, distingue la población como el término propio de la demografía del siglo XVIII en relación con la necesidad de cuantificar la mortalidad según causas y lugar; distingue la población como recurso del territorio del soberano, como parte de los tesoros y del poder del soberano, habitantes de una ciudad, participantes de los mercados, susceptibles de convertirse en tropas, condición que solamente era posible por obediencia y laboriosidad para generar riqueza y concomitantemente poder al soberano (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 88-91).

Según Foucault, el cambio en el pensamiento político, de la concepción negativa de la población a un concepto positivo de la misma, se da en tres aspectos, el primero, el reconocimiento de la población ya no como algo natural pero inerte, sino, como un elemento dependiente de múltiples factores para comprender sus acciones, reacciones y comportamientos que no dependen de la voluntad del soberano; el segundo la multiplicidad de su composición hace de la expresión de sus deseos, el deseo común o interés que el poder debe conocer y tomar en cuenta para la expedición de leyes por ejemplo; y el tercero, la concurrencia de acciones coyunturales, accidentales y azarosas, como parte del comportamiento poblacional. De tal manera que “la población va a dejar de presentarse como un conjunto de sujetos de derecho, un agrupamiento de voluntades sometidas que deben obedecer la voluntad del soberano por intermedio de los reglamentos, las leyes, los edictos, etc., la población se presenta “como un conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales y a partir de ellos”. De ahí que, “el problema político moderno, (...) está absolutamente ligado a la población. La secuencia: mecanismos de seguridad-población-gobierno y apertura del campo de lo que llamamos la política”. Pero no solamente en la política se produce el cambio, el concepto población se convierte en el objeto de la economía

política y de la medicina social a través de la biología (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 93-103).

5. Un dispositivo de seguridad

Agamben al preguntar, *¿Qué es un dispositivo?* (Agamben 2015), sostiene que el concepto dispositivo en Foucault tiene un significado muy amplio y heterogéneo, se apoya en las respuestas del mismo Foucault en una entrevista²:

Lo que trato de identificar con este término es ante todo un conjunto absolutamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, estructuras arquitectónicas, decisiones regulativas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas, en definitiva: tanto lo dicho como lo no dicho, he ahí los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se establece entre estos elementos...

...con el término dispositivo entiendo una especie –por así decir- de formación que en un determinado momento histórico tuvo como función esencial responder a una urgencia. El dispositivo tiene por tanto una función esencialmente estratégica...

He dicho que el dispositivo es de naturaleza esencialmente estratégica, ello implica que se trata de una cierta manipulación de relaciones de fuerza, de una intervención racional y convenida en las relaciones de fuerza, sea para desarrollarlas en una determinada dirección, sea para bloquearlas o para estabilizarlas y utilizarlas. El dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder y también siempre ligado a los límites del saber que derivan de él y, en la misma medida, lo condicionan. El dispositivo es esto: un conjunto de estrategias de relaciones de fuerza que condicionan ciertos tipos de saber y son condicionados por él (Dits et écrits, vol. III, pp. 299-300).

A pesar de la amplitud de la descripción de la noción de dispositivo de Foucault, Agamben llama dispositivo: “a cualquier cosa que de algún modo tenga la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes” (Agamben 2015, 23); llama dispositivo también, en tanto contenga los tres elementos que resumen la definición de Foucault:

a) su estructura en red que conecta o relaciona a los elementos componentes del dispositivo;

² Dits et écrits, vol. III, pp. 299-300

- b) la función estratégica del dispositivo, en tanto responde a una urgencia y es una consecuencia situacional de una correlación de fuerzas en un campo y en un momento determinados;
- c) la pertenencia a un campo de poder y su delimitación por un campo de saber; ‘conjunto de estrategias de relaciones de fuerza que condicionan ciertos tipos de saber y son condicionados por él’ (Agamben 2015, 10-11).

Esta amplia definición de dispositivo y el señalamiento de Foucault: “En el orden del derecho, en el orden de la medicina (...) Se trata del surgimiento de tecnologías de seguridad ya sea dentro de mecanismos que son efectivamente de control social” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 26), me permite ubicar a la medicina social como un dispositivo de control social. Adicionalmente, Foucault describe como rasgos característicos de los dispositivos de seguridad los siguientes: 1. Espacios de seguridad particulares; 2. Tratan lo aleatorio; 3. Generan una singular forma de normalización; 4. Se correlacionan con la población como técnica de seguridad (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 27).

Los dispositivos de seguridad del Estado de Seguridad, dispositivos de la biopolítica, no sustituyen a los dispositivos del Estado de soberanía, tampoco son secuenciales, sino que coexisten con los jurídicos y con los disciplinarios. Los dispositivos de seguridad se superponen a los dispositivos precedentes en distintas composiciones según las historias económicas, políticas de los países.

6. El dispositivo y el discurso

Foucault, al proponer la categoría gubernamentalidad, describió entre los elementos que la conforman a “los medios”, “los aparatos y saberes” (Foucault, Estética, Ética y Hermenéutica 1999, 195), y al responder qué es un dispositivo mencionó entre sus componentes a los “discursos, instituciones (...) decisiones regulativas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos...” (Agamben 2015), por lo que el discurso, la legislación y las instituciones estatales sobre salud pueden servir de descriptores de la biopolítica, en tanto dispositivo de seguridad, en la medida que la producción del discurso en toda sociedad está “controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos” (Foucault, El orden del discurso 1992, 11), dado que “el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por que, y por medio de lo cual se lucha,

aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault, El orden del discurso 1992, 12) y porque el sistema institucional de la medicina constituye en algunos aspectos sistemas similares de sumisión del discurso (Foucault, El orden del discurso 1992, 38).

Capítulo 2

La medicina social dispositivo biopolítico y su discurso post Segunda Guerra Mundial

Luego de la Segunda Guerra Mundial sucede un acontecimiento internacional con gran significado para la salud: 1946, en Nueva York, se acuerda la constitución de la Organización Mundial de la Salud,¹ OMS, para restablecer el control de enfermedades y de salud pública, suspendido durante la Guerra. Ese acontecimiento forma parte de las condiciones de posibilidad del discurso, la institucionalidad y los saberes del Estado de seguridad, para generar entornos y prácticas sanitarios que preparan los cuerpos individuales y los de las poblaciones para la producción, el consumo y su reproducción material, en otras palabras, aseguran el gobierno de las poblaciones y la libre circulación de las mercancías.

La constitución de la OMS restableció las organizaciones de control de enfermedades y de salud pública, tanto de Europa, como de la región de las Américas que suspendieron sus actividades durante la II Guerra Mundial. Tanto en Europa, como en las Américas, la función principal de las organizaciones intergubernamentales fue: “La propagación de la información sobre las cuestiones de interés general para la salud pública y especialmente sobre las enfermedades infecciosas y las medidas de lucha contra las mismas” (Instituto Superior de Medicina 'I.M. Séchenov' Cátedra de higiene social y organización de la salud pública 1986, 646).

Europa había creado en 1839, el Consejo Superior de la Salud Pública de Constantinopla, que tuvo como tareas: “el control sanitario de los barcos extranjeros en los puertos turcos, la ejecución de las medidas necesarias de cuarentena y también la información sobre los casos registrados de las enfermedades epidémicas, especialmente el cólera y la peste” (Instituto Superior de Medicina 'I.M. Séchenov' Cátedra de higiene social y organización de la salud pública 1986, 645). Los gobiernos de los países europeos, preocupados por contener la propagación de epidemias y asegurar la higiene de puertos y de ciudades comerciales, ampliaron el radio de acción del control de enfermedades, a través de las resoluciones de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, reunida en París durante seis meses en 1851 con representantes de 12 estados, que dio como resultado: “la Convención Sanitaria Internacional

¹ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100*), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

que determinó las reglas y el procedimiento para asegurar la cuarentena en la zona del mar Mediterráneo”. Europa, con base en esta experiencia, fundó en 1907, la Oficina Internacional de Higiene Social (OIHS) (Instituto Superior de Medicina 'I.M. Séchenov' Cátedra de higiene social y organización de la salud pública 1986, 645-646).

En 1902, en el continente americano, los gobiernos de los países de la región establecieron, como organización intergubernamental: la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que luego en 1949 es la expresión regional para las Américas de la OMS, con el nombre de Organización Panamericana de la Salud, OPS.

La constitución de la OMS enuncia acuerdos internacionales y constituye, por su contenido y alcance el discurso oficial sobre salud que permite preguntas tales como: ¿qué pensamiento médico y qué pensamiento político, están contenidos en esos acuerdos internacionales después de la II Guerra Mundial?, ¿ese discurso contiene manifestaciones de “la biopolítica” como propone Michel Foucault? Para responder esas preguntas, reviso sucintamente, la genealogía de ese discurso, sus procedencias del pensamiento filosófico sobre salud, y, mediante una relectura de las relaciones medicina social - poder político en las historias de la salud pública y de la medicina social europeas, a diferencia de lo que señaló Foucault como modelo de constitución de la medicina como disciplina: “apoyándose primeramente en la historia natural, a continuación en la anatomía y la biología” (Foucault, El orden del discurso 1992, 53), retomo la descripción de la “biohistoria” propuesta por el mismo Foucault a través del concepto “medicalización” para comprender la estrecha relación de la medicina con el poder a lo largo de la historia y la emergencia de la medicina social y propongo la constitución y la genealogía de la medicina social como dispositivo de la biopolítica, por medio de la normalización, la policía médica y la protección social, y muestro en el discurso internacional algunas expresiones del discurso de la medicina social como un discurso prescriptivo sobre salud, que se difunde con gran influencia en las prácticas políticas y médicas actuales.

1. El pensamiento filosófico y la salud

Georges Canguilhem, filósofo y médico, reconoce que la salud es “un tema filosófico” frecuente tanto en la época clásica y en el Siglo de las luces, abordado siempre “por referencia a la enfermedad, cuya dispensa es tenida en general por equivalente de la salud” (Canguilhem, Escritos sobre la medicina 2004, 50-51). Incluye a Leibniz, Diderot, Kant, menciona

especialmente a Descartes como “el inventor de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas”, porque asoció la salud y la verdad en tanto “valores silenciosos”, recuerda que Descartes reconoció que, a pesar de que la salud es el más grande bien en relación al cuerpo, es sobre el que menos reflexionamos y menos disfrutamos porque “El conocimiento de la verdad es como la salud del alma: una vez que se la posee, no se piensa más en ella” (Canguilhem, Escritos sobre la medicina 2004, 52). Refiere que Kant, calificó como engorrosas las condiciones en las que nos encontramos cuando se trata de la salud, porque “Uno puede sentirse sano, es decir, juzgar según su sensación de bienestar vital, pero jamás puede saber que está sano”, esto último, enfatiza Canguilhem coloca a la salud fuera del campo del saber y concluye “no hay ciencia de la salud (...) Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (Canguilhem, Escritos sobre la medicina 2004, 51-52).

Hans-Georg Gadamer, en el libro “*El estado oculto de la salud*”, sostiene que: “la enfermedad no puede existir sin la salud” (Gadamer 1996, 113). Se pregunta, ¿qué es la salud?, que, por un lado, todos conocemos y, por otro lado, también desconocemos. Califica casi un milagro el estar sano, imagina la salud como “un estado de equilibrio” y concluye: la salud “es el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez. Todos la conocemos. Ahí está la respiración; ahí está el metabolismo; ahí está el sueño” (Gadamer 1996, 126 -129).

Los filósofos mencionados consideran la enfermedad y la salud en el individuo. La salud como lo opuesto a la enfermedad, algo silencioso y por ello no susceptible de conocimiento, algo de lo que la medicina debe hacerse cargo, así como lo hace con su opuesta, la enfermedad. Piensan a la enfermedad como una situación pasajera, una situación de pérdida o daño temporal y a la salud como algo permanente, un estado, así se dice: “estamos sanos”. Gadamer, añade, la salud “es un ser-ahí, estar-en-el-mundo, un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (Gadamer 1996, 128). Este mismo autor, califica a la enfermedad como algo objetivable, susceptible de medir, y tratar por los conocimientos científicos. Sin embargo, admite que reconocer a la salud como el “silencio de los órganos”, hace que se pierda de vista el cuidado de la salud individual porque “uno no tiene una conciencia permanente de la salud ni ella nos preocupa como la enfermedad. La salud no constituye algo que nos invite a un continuo autotratamiento ni que lo reclame” (Gadamer 1996, 113). Y, a pesar de que “El destino

trágico de la civilización moderna reside, a mi entender, en que la evolución y la especialización de la capacidad técnica han anulado las fuerzas del hombre para su auto-tratamiento” (Gadamer 1996, 117), tanto la enfermedad, como la salud, “constituyen realidades que un médico debe conocer o que debe procurar conocer con los medios que le proporciona la ciencia moderna” (Gadamer 1996, 128).

Este pensamiento filosófico, delimitó a la salud a las relaciones del individuo con el mundo que le rodea, asoció a la salud con el bienestar individual, no la consideró un bienestar colectivo. Quien si analizó a la salud como aspiración de bienestar colectivo, como el bienestar de una comunidad, de una población, fue Michel Foucault, que ubicó los comienzos de esta aspiración como un mito pre y post Revolución Francesa: “el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen”, mito denominado ‘medicalización’, que de manera triunfante y negativa provocaría “la volatización de la enfermedad en un medio corregido, organizado y vigilado sin cesar, en el cual la medicina desaparecería al fin con su objeto y su razón de ser” (Foucault, El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica 2012, 58).

2. Relaciones poder político - medicina social según las historias

Las historias de la medicina social y de la salud pública europeas reconocen que las relaciones de la medicina con el poder político se estrecharon en las formas modernas de gobernar a las naciones y a las poblaciones humanas. El poder político y la medicina estrecharon sus relaciones, para hacer frente a las situaciones de desprotección e inseguridad sociales, que afectaban a las poblaciones de pobres y trabajadores; situaciones provocadas en Europa por la revolución industrial, la urbanización y el despliegue del comercio mundial. Desde entonces, las prácticas médicas sustentadas en esas relaciones han adoptado distintas denominaciones: higiene, salud pública, policía médica, política social, medicina tropical, medicina preventiva, medicina social, salud internacional, salud global.

Henry Sigerist² en el libro: “*Hitos en la Historia de la Salud Pública*”, publicación de cinco conferencias dictadas en 1952 en la Universidad de Londres, presenta, en la cuarta

² Henry Ernest Sigerist (1891-1957), suizo, filólogo e historiador de la medicina, uno de los primeros en describir las relaciones entre la práctica de la medicina y las condiciones sociales, defensor de la medicina social y profesor universitario: Universidad de Leipzig, Universidad Johns Hopkins, Fundador del Bulletin of the History of Medicine de Estados Unidos de Norteamérica. Realizó sus investigaciones con el apoyo de la fundación Rockefeller.

conferencia, a “Johann Peter Frank, como un pionero de la “medicina social” europea, entendida ésta como la respuesta desde la medicina a los problemas de salud provocados por la industrialización y que afectan a las poblaciones de pobres e indigentes. Frank, en 1790, ya había propuesto ‘la policía médica’ al constatar, por un lado, los límites de la medicina y de la salud pública para romper con el ciclo de enfermedad y muerte suscitados por el hacinamiento, la desnutrición, la fatiga crónica y la inseguridad de los campesinos despojados de sus tierras y de los trabajadores urbanos y, al identificar, por otro lado, las mayores posibilidades de los gobiernos para intervenir sobre esas condiciones comunes de vida, mucho más de lo que está dentro de las posibilidades del médico individual.

De la obra de Frank publicada en seis tomos, con el título “*System einer vollständigen medizinischen Polizey*”, Sigerist propone como posible traducción: ‘*Sistema de una política médica integral*’, aunque reconoce que la palabra *Polizey*, “también significa policía” (Sigerist 1984, 71-72). La obra de Frank incluyó la demografía, la nutrición, la relación con el clima, y la inseguridad ante los accidentes y delitos, sin olvidar sus preocupaciones sobre la educación de los médicos en “medicina social”, medicina que estudia al hombre “desde su nacimiento hasta la sepultura, lo acompaña y lo protege contra los daños con que lo amenaza su entorno físico o social”. Dedicó mucha atención a la escuela, a la higiene de los salones de clase, y condenó los castigos corporales en esa época, en que eran habitualmente aplicados. “Estudió las condiciones sociales bajo las cuales los hombres vivían y recomendó métodos para mejorarlas”; así, “estudió la influencia de todo el entorno social sobre el individuo. Al hacerlo, penetró en los detalles más pequeños estudiando, por ejemplo, el efecto del teatro sobre la salud y bienestar del pueblo y recomendó a alguna gente ver tragedias más que comedias y viceversa. Se preocupó por el efecto de la danza en la salud de las personas, debido a que usualmente las danzas se celebran en el frío invierno y el salir a la intemperie inmediatamente después de bailar puede producir una neumonía, por lo que recomendó: “esperar media hora antes de abandonar la habitación” (Sigerist 1984, 82).

Henry Sigerist, describe que la propuesta de Frank surgió de la preocupación compartida por gobernantes y médicos acerca del deterioro de la salud de la población trabajadora hacinada en las ciudades, en tales condiciones de pobreza que la convierte en población no apta para la producción y el consumo, fuente de descontento y de protesta social, es decir, asuntos políticos que el gobernante debe evitar, prevenir y controlar.

Califica a Frank, como un típico médico social del despotismo ilustrado, propio de un país monárquico, en el cual, la relación del monarca con la población era puramente paternalista. El monarca era a sus súbditos lo que el padre a sus hijos, en esa condición, como responsable por su bienestar, dictaba medidas para conservar su buena salud y prohibía lo que pudiera dañarla. En consecuencia, la propuesta de Frank fue “promover la salud a través de los órganos del Estado”. Las limitaciones del entorno alemán, país agrícola con un monarca ilustrado no permitieron la aplicación de los postulados de medicina social de Frank.

Para Sigerist, “la medicina moderna proviene de los países industrializados” (Sigerist 1984, 85), los cambios en la salud pública y en la política sanitaria se debieron a la “presión ejercida por la revolución industrial”, al ahondar y añadir un problema a las poblaciones europeas formadas desde los siglos XVII y XVIII: el número de pacientes indigentes aumentó enormemente (Sigerist 1984, 85), lo que constituyó “un grave problema para cualquier sociedad responsable”, debido a que ya en la “Edad Media las ciudades tenían hospitales municipales en donde los enfermos pobres eran tratados sin cargo alguno” (Sigerist 1984, 88). De esta manera, Sigerist explica que en Europa, se generaron dos modelos de medicina social, según el desarrollo industrial de los países: de protección, a cargo del gobernante preocupado ante los riesgos de pérdida de la salud de las poblaciones pobres, en procura de mantenerlos sanos, evitar la enfermedad y el contagio de las enfermedades y la previsión en el presente ante las contingencias posibles del trabajo asalariado: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte, desempleo (Sigerist 1984, 89-90).

Sigerist, distingue, por su alcance, entre medicina social y salud pública. La salud pública, en concordancia con la filosofía de la Ilustración que propugnaba “la educación del individuo en libertad y no la dependencia del Estado”, promovió la educación del individuo a través de la higiene personal, debido a que “el hombre, (...) se enferma porque es ignorante; corrompido por la civilización que lo ha apartado de la naturaleza, cuando la condición natural del hombre es gozar de salud y felicidad, y la educación es el medio de iluminarlo”, así la salud pública procuró “mejorar la cooperación entre la población y el gobierno, apelando al individuo” (Sigerist 1984, 81-82). La medicina social reconoció que se necesitaba: “más y mejor personal médico, provisión de agua, sistemas de alcantarillado”, la solución de estos problemas no dependía de la educación e higiene, sino del poder estatal (Sigerist 1984, 82), es decir, la medicina social vela por las condiciones generales de vida y de trabajo para evitar la

desnutrición y mantener cuerpos sanos, productivos y capaces de disfrutar de los beneficios económicos y sociales de la industrialización y el libre comercio.

La medicina social está en capacidad de guiar la acción política para atender los problemas relacionados con la salud que no son solamente la enfermedad sino la nutrición, el trabajo, la higiene, la cultura, las reacciones emocionales y los sentimientos ante los fenómenos y desastres naturales. Consecuentemente, la medicina social promueve no reformas sanitarias sino reformas sociales y económicas. Las políticas de la medicina social desde el gobierno asumen la forma de ‘policía médica’ en procura de la seguridad en salud, de la que depende el bienestar de las personas en la vida social ante sus restricciones, especialmente la libertad y las condiciones de vida, para Sigerist, así como lo fue para Frank la policía médica o la política médica, es parte de la “ciencia política” porque la seguridad es un concepto propio de la política.

Thomas McKeown,³ en la *“Introducción a la Medicina Social”*, describe a ésta, como la expresión propia del humanismo médico que, para atender a la población, evitar la enfermedad y prevenir su presencia y no solo el contagio, organiza los servicios hospitalarios y las medidas administrativas que posibilitan a la población ciertas pautas preventivas a fin de adaptarse a las nuevas exigencias productivas y de consumo de la industrialización y a la práctica médica, intervenir, con base en el reconocimiento del ciclo vital de los humanos y el conocimiento de los procesos que producen la enfermedad y el desgaste físico. La Medicina Social desarrolla los distintos servicios de atención médica diferenciada en especialidades. Describe para 1948, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra compuesto por: “dos sistemas de hospitales, uno voluntario y el otro público; servicios personales y ambientales de salud a cargo de las autoridades locales; y servicios de medicina general financiados parcialmente por el seguro nacional de salud y por pagos privados” (McKeown y Lowe 1981, 273). El mismo autor describe la reforma del Servicio Nacional de Salud de 1974 como reorganizadora de la administración de los servicios hospitalarios y personales, de salud escolar, medicina familiar, entre autoridades locales y centrales y otras entidades fuera del Sistema Nacional de Salud,

³ Thomas McKeown (1912-1988), médico británico, epidemiólogo e historiador de la medicina. Autor de la “tesis de McKeown”: ‘el crecimiento de la población desde fines del siglo XVIII se debió a la mejora de las condiciones económicas, es decir, a una mejor nutrición, más que a una mejor higiene, medidas de salud pública y mejor medicina, o dicha de otra manera: ‘las medidas médicas curativas desempeñaron un pequeño papel en la disminución de la mortalidad, no sólo a mediados del siglo XX, sino hasta bien entrado el siglo XX’.

responsables de la “salud ambiental” y de la salud de las personas en relación con su empleo” (McKeown y Lowe 1981, 276-277).

George Rosen⁴, en el libro “*De la policía médica a la medicina social*”, señala, “La historia de la medicina social es en gran parte la historia de la política y de la acción social en relación con los problemas de salud”; “orientada a enfrentar los problemas de la salud y sus raíces sociales, o lo que es lo mismo, sus causas, de tal manera que se pudiera llevar a cabo la acción necesaria para resolverlos”, puntualiza que, la denominación se debe a que “Los asuntos de la salud han estado siempre relacionados con las condiciones políticas, económicas y sociales de determinados grupos del pueblo, pero en épocas anteriores estas relaciones no eran objeto de investigaciones sistemáticas” (Rosen 1985, 9).

Rosen, identifica, entre las condiciones que hicieron posible la Medicina Social, especialmente en Europa occidental, durante el Renacimiento y en los siglos XVII y XVIII, al reconocimiento de “la necesidad de otorgar atención médica y el deseo de fomentar el crecimiento de la población”, reconocimiento que dio lugar al desarrollo de observaciones acerca de las relaciones entre los factores sociales y la salud” (Rosen 1985, 9). Así, a finales del siglo XVII y en los comienzos del siglo XVIII se habían producido los elementos básicos del concepto de medicina social que incluían: a) “la necesidad de estudiar la relación entre la salud de una población dada y las condiciones de vida determinadas por su posición social”; b) “la forma o la intensidad específicas en que actúan los factores nocivos en un grupo debido a su situación social”; y c) “los elementos que ejercen una influencia deletérea para la salud y que impiden el mejoramiento del bienestar general”. Sin embargo, admite que, hacer que el conocimiento médico se ocupe de “los problemas de la salud”, “depende, con no poca frecuencia, más de los intereses y de la ideología de los grupos más poderosos que de la vigencia en el sentido médico o científico”, para probar este último aserto pone el ejemplo de lo acaecido en su país, los Estados Unidos de Norteamérica, país de la ‘libre’ empresa, en donde las medidas que se toman para atender a la salud, son el producto de un “sistema de

⁴ George Rosen (1910–1977), médico norteamericano, profesor de historia de la medicina, epidemiología y salud pública en la Universidad de Yale. Estudió las relaciones de la sociología, la economía y la cultura con la salud. Publicó aproximadamente 200 artículos y nueve libros sobre salud pública y la historia de la medicina. Entre 1946 y 1952 participó en la fundación y fue editor del *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. De 1957 a 1973 fue el editor del *American Journal of Public Health*. Fue presidente de la *International Academy of the History of Medicine* y miembro honorario del *Royal College of Medicine*.

mercado médico que, como cualquier otro mercado de nuestra sociedad, está siendo modificado de diversas formas, pero que a pesar de las modificaciones aún depende de la forma en que se hagan los pagos por los servicios médicos” (Rosen 1985, 9 - 10).

Rosen establece que el concepto de medicina social “surgió en respuesta a los problemas de salud creados por la industrialización”; precisa que en sus comienzos la medicina social se preocupó, “primordialmente, por la nueva clase de obreros industriales”, y en la actualidad esa preocupación incluiría a “varios grupos sociales” (Rosen 1985, 134). En cuanto a la especificidad del concepto señala que “está relacionado con la vida grupal” para hablar de la verdadera salud del hombre, en consecuencia, abarca dos grandes aspectos: lo descriptivo y lo normativo. Calificada como ciencia descriptiva, la medicina social: “investiga las condiciones sociales y médicas de grupos específicos y establece las relaciones causales que existen entre estas condiciones” y como ciencia normativa “establece los estándares de los diversos grupos que están siendo estudiados y señala las medidas que podrían ser tomadas para mejorar las condiciones y alcanzar los niveles propuestos” (Rosen 1985, 134).

Rosen, delimita el alcance de la medicina social a tres aspectos “sociológicos significativos: 1) la relación de la comunidad con la salud, 2) la salud como un valor social y 3) la salud y la política social”. La relación medicina social con la comunidad es para Rosen la relación de la salud y la enfermedad con las instituciones comunitarias: los movimientos de la población dentro de grandes comunidades (invasiones, sucesión de diversos grupos poblacionales en territorios específicos), las normas raciales y étnicas de las comunidades, los estándares de vida y los niveles sociales y económicos de los grupos. El segundo aspecto, el interés de la medicina social por conocer, cómo valoran la salud los diversos grupos sociales, establecer la naturaleza de sus deseos y esperanzas sobre la salud y el grado en que éstos se logran o se frustran, conocimientos que deben comprender la jerarquía de los valores sociales y el lugar que ocupa la salud en las diferentes clases sociales, conocimientos útiles para el cuidado médico, la nutrición y la educación para la salud (Rosen 1985, 135). El tercer campo de la medicina social es la investigación como soporte para la “formación de una política social”, porque, según Rosen, el concepto de clase social es básico para la medicina social, debido a que el individuo como miembro de un grupo social está expuesto a diversas influencias externas nocivas para la salud, influencias que corresponden “exclusiva, predominantemente y con especial intensidad, o en forma peculiar a su grupo social y están íntimamente ligados al nivel económico de tal grupo”. De lo anterior, se desprende que el propósito de la medicina

social es la investigación, el estudio de “todos los factores que conforman la condición social de un grupo en particular y que afectan el estado de salud de cualquiera de los miembros del grupo”, para con base en ese conocimiento, “proponer las medidas de naturaleza médica, sanitaria o social que sean necesarias para mejorar la salud y hacer accesible al pueblo, en el mayor grado posible, los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad” (Rosen 1985, 135). Sin embargo, Rosen reclama la necesidad de “una mayor precisión conceptual” de la medicina social como una “condición necesaria para tratar más eficientemente con los problemas de la salud y de la enfermedad” y “algún nivel de acuerdo respecto de la forma de usar ciertos términos”, en referencia específica al término ‘social’, aclarando que no significa “medio ambiental” y que, lo ambiental es un aspecto más de lo social (Rosen 1985, 136-137).

Rosen, destaca la importante relación entre el concepto de policía médica y el cameralismo, porque como explica: “La admiración por las virtudes de una población en crecimiento, y un intenso deseo por aumentar el número de personas de un país, marcan los puntos de vista políticos y económicos de fines del siglo XVII y la mayor parte del XVIII” que corresponde al mercantilismo “proyecto político y de organización cuyo objetivo supremo era colocar la vida social y económica al servicio del poder político del Estado”, cameralismo es el término alemán del mercantilismo que tiene una connotación más política” (Rosen 1985, 140). El mercantilismo, según describe Rosen, más que una ‘política de poder’ era también “una concepción de la sociedad, por lo que representaba ciertas ideas acerca de las relaciones sociales de los individuos y de los grupos, y la forma en que debían ser manejados en cuestiones de política social”. El pensamiento mercantilista de la relación Estado – sociedad consideraba el bienestar de la sociedad como el primer interés del Estado, para fortalecer el poder del reino, de tal forma que la razón de Estado era el punto de apoyo de la política social (Rosen 1985, 141).

Para el cameralismo el poder nacional necesitaba “una gran población, que ésta fuera abastecida materialmente y que estuviera bajo el control gubernamental para que pudiera ser dirigida en cualquier dirección que necesitara la política pública”; el poder nacional reconocía que “el empleo eficaz de la población de un país requería de la atención a los problemas de salud”. El cameralismo, designa “las ideas que surgieron para explicar, justificar y guiar las tendencias centralizadoras y las prácticas en la política administrativa y económica de la monarquía absoluta de los Estado alemanes durante el final del siglo XVII y el XVIII”. El

cameralismo “fue parte del proceso de consolidación legal y administrativo en el crecimiento del Estado moderno”, Estado que se construyó desde “una federación laxa de provincias unidas por la persona del monarca” hacia su unidad territorial por medio de dos elementos importantes: “la vinculación institucional y la centralización administrativa”. El cameralismo como disciplina dio un contenido positivo a la acción estatal, y organizó el número creciente de funciones estatales” (Rosen 1985, 141-142).

Según Rosen, “En el marco del cameralismo, la idea de policía es un concepto clave en relación con los problemas de la salud y de la enfermedad” (Rosen 1985, 142). El concepto de policía médica se desarrolló paralelamente con el cameralismo con la creación de cátedras de enseñanza del cameralismo en dos asuntos: la administración económica y la policía como parte del servicio civil prusiano. Según el concepto de policía: “la conducta acerca de cuestiones de la salud debería estar colocada bajo un Collegium medicum et chirurgicum, en otras palabras, una autoridad administrativa para la supervisión de la salud pública”. Rosen, hace referencia a un autor del cameralismo, Darjes, quien propone tres factores relacionados con el bienestar humano: “la riqueza, la salud y el goce de los derechos”. Así, la ciencia de la policía se ocupa de la población del Estado: “de la creación de escuelas y universidades, de estimular a los súbditos para que trabajen, de las medidas estatales para preservar la salud del pueblo, la asistencia a los pobres, la promoción de la seguridad y la preservación de la belleza del país (Rosen 1985, 148-150).

Las historias de la medicina social europea destacan las estrechas relaciones de la medicina con el poder político en dos tendencias coexistentes: la medicina social como la obligación del Estado de proteger la salud de las poblaciones, necesarias para la producción, el consumo, el bienestar y la riqueza de la nación; y la medicina social como la previsión individual, mediante el ahorro, ante las contingencias del trabajo asalariado. Resaltan también las estrechas relaciones de la medicina con el pensamiento económico liberal, especialmente con el mercantilismo o cameralismo, para sustentar el cuidado estatal a la población, mediante la centralización y la unificación de las formas de gobierno y la normalización de la población a través de la policía médica y del seguro social de salud.

3. La medicina y el poder

Foucault propone denominar ‘biohistoria’ a las relaciones entre la vida y la historia; ‘biopolítica’ “para designar lo que hace entrar a la vida y a sus mecanismos en el dominio de

los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana”; y ‘umbral de modernidad biológica’ de una sociedad, “en el momento en que la especie entra como apuesta del juego en sus propias estrategias políticas”. Distingue: “el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente”. Estas situaciones tienen como consecuencias: “la proliferación de tecnologías políticas, que invaden el cuerpo, la salud, las maneras de alimentarse y alojarse, las condiciones de vida, el espacio entero de la existencia”; “la creciente importancia (...) de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley”, lo cual no hace desaparecer la ley, ésta funciona cada vez más como una norma, y “la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras.” De ahí que nos encontremos en una “sociedad normalizadora” como “el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida” (Foucault, *La voluntad de saber* 2016, 136).

La medicina moderna procede de una larga experiencia en dos frentes, el primero el carácter científico o las bases científicas que le sustentan en oposición a las otras medicinas o las medicinas naturalistas. El segundo, la eficacia acumulada en el manejo de las epidemias que asolaron Europa de la Antigüedad. El basamento científico de la medicina le facilitó una estrategia que va a ser utilizada y generalizada en el mundo moderno: la normalización. Georges Canguilhem, describe en *“Lo normal y lo patológico”*, el proceso de búsqueda de la eficacia y diferenciación de la medicina moderna a partir de la terapéutica que toma como referente fundamental los conocimientos del funcionamiento normal de los órganos del cuerpo humano que proporciona la fisiología, conocimientos que sirven doblemente a la medicina: por un lado, permite comparar ese funcionamiento normal con las alteraciones relatadas o descritas por el paciente y expresadas en el laboratorio, para establecer la dimensión de la alteración o daño; y por otro lado posibilita establecer la duración de la terapéutica. Establecida la normalidad del funcionamiento corporal, como medida para la terapéutica y para la recuperación de la salud alterada o perdida por la enfermedad, nace la normalización, que, según el mismo Canguilhem no es exclusiva de la medicina, pertenece también a la educación, de ahí la normalización de la formación de los profesores a través de los normales para una educación normalizada de los estudiantes. Por su parte, Foucault recordará la necesidad de normalizar la preparación y los instrumentos para la guerra en la formación de los ejércitos.

La experiencia de la medicina en el manejo de las epidemias fue descrita en detalle por el mismo Foucault en tres momentos o modalidades, la exclusión ante la lepra; el encierro ante la peste y el aislamiento ante el cólera. Tres momentos y modalidades que acompañan al manejo de individuos y de las poblaciones conforme éstas se concentran en ciudades y puertos.

Ya establecida y reconocida la medicina moderna, Foucault reseña sus funciones:

Sí las tecnologías de disciplinamiento del cuerpo individual, se encargaron tanto de la distribución espacial, la vigilancia, la visibilidad de los cuerpos, como de incrementar su fuerza física, adiestrarlos para la producción; las tecnologías reguladoras de la vida de la población como especie, asumieron como problemas: la natalidad, la mortalidad y la longevidad, mediante la demografía y para asumir la morbilidad de las poblaciones, no sólo de las epidemias, sino también para establecer y manejar la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de las enfermedades permanentes o endemias, entre las que destacaran las relacionadas con el trabajo, fueron encargadas a la medicina (Foucault, *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* 2010, 220-221).

La medicina, su historia, está presente y constituye en sí misma una de las más importantes tecnologías de la biopolítica. La medicina social europea procedió de la práctica médica que se inició en crisis en el siglo XVIII y que a partir del siglo XIX se transforma en una “cierta tecnología del cuerpo social” (Foucault, *Historia de la medicalización* 1977, 5), porque el desarrollo del capitalismo de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX “socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral” y concomitantemente la medicina privada se transforma en medicina colectiva porque “para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada”. Antes, “La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletariado, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos”. En resumen: “El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, *Historia de la medicalización* 1977, 5).

La medicina social europea amplió su radio de acción hacia: la disminución de la mortalidad, la prevención de las enfermedades epidémicas, endémicas y laborales; la reglamentación de

las condiciones de vida como la alimentación, la vivienda y los servicios sanitarios de las ciudades; y a la organización del acceso a la atención médica de las enfermedades (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415).

4. La medicina social y la medicalización según Foucault

Michel Foucault dictó dos ciclos de conferencias en el curso de Medicina Social en octubre de 1973 y en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil (Salinas Araya 2014, 21), en ellas abordó: “*La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*” e “*Historia de la medicalización*”; conferencias que luego fueron publicadas en la revista Educación Médica y Salud, de la Organización Panamericana de la Salud. Foucault describió la historia de la práctica médica a partir del siglo XVIII, la denominó “biohistoria” y distinguió: la historia de la medicina social como la historia de la medicalización (Foucault, Historia de la medicalización 1977).

Foucault ubicó la medicina social, la medicalización, en correspondencia con la etapa del mercantilismo del capitalismo europeo: “A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 8), porque el mercantilismo “no era simplemente una teoría económica sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población”, política que busca dos objetivos: “el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible” para mantener “los ejércitos y toda la maquinaria que asegure la fuerza real de un Estado en relación a los demás” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 8).

Contemporáneo a las conferencias de Foucault en Río de Janeiro, fue publicado con mucha influencia en el pensamiento médico de ese entonces, el libro de Iván Illich, “*Némesis Médica, la expropiación de la salud*”, que presentaba a la medicina en crisis y proyectaba como una de sus causas, a la socialización de la medicina, Foucault comentó esa publicación y mostró como la medicina moderna se inició en crisis en el siglo XVIII, como manifestación simultánea de dos fenómenos: “el avance tecnológico importante que significó progreso capital en la lucha contra las enfermedades y el nuevo funcionamiento económico y político

de la medicina”, pero que no condujo a un “bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública. Resaltó, “La medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social (...) cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 5).

Foucault refirió el surgimiento de la Higiene en el siglo XIX, en todos los países del mundo a través de una copiosa literatura sobre la salud, que presentaba a la Higiene como la obligación de los individuos de garantizar su propia salud y la de su familia. Esas publicaciones insistían en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. El concepto de higiene como limpieza, ocupó un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. El nuevo concepto de Higiene reemplaza a la antigua obligación de la limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con su cuerpo, para una relación económica con el cuerpo (Foucault, La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina 1976, 153). Foucault colocó a la historia de la práctica de la medicina, en el capitalismo mercantil: como medicina social, salud pública, mencionó por primera vez la medicalización⁵ como un movimiento fuera de las funciones sociales propias de esta práctica. Reconoció la ampliación de la responsabilidad del Estado que a más de la higiene se encarga del cuidado de las condiciones de salud de la población para que ésta subsista como tal. Visibilizó la incorporación de la medicina a la economía y los costos económicos que representa cuando se torna obligación del Estado. Preguntó a donde van a parar las ganancias extraordinarias de la práctica médica, que primariamente parece ir a los médicos y visibilizó a éstos como intermediarios de la industria farmacéutica:

Con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. 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.

⁵ “Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio internamiento de los dementes, malhechores, etc., en el comienzo del siglo XVII, obedeció todavía a ese concepto” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 14).

Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad bio-política; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 5).

Foucault, describe a la medicina como una práctica caracterizada por una intervención autoritaria cada vez mayor en la existencia individual o colectiva. “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo” (Foucault, La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina 1976, 161). Añade,

Si bien es cierto que los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad (Foucault, La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina 1976, 161).

Foucault denomina “medicina social”, a la práctica social, a la disciplina compuesta por la concurrencia de tres tipos de medicinas: “medicina del Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza laboral” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 6).

La medicina del Estado fue descrita de la siguiente manera: “En Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población ... aparecieron en el siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de estas tablas de natalidad y mortalidad, índice de salud de la población, y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar su nivel de salud” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 8).

En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente concentrada en el mejoramiento de la salud de la población. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido; fue lo que se llamó por primera vez policía médica de un Estado. El concepto ‘Medizinischepolizei’, policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad o natalidad” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 8).

De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas “ (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 23).

Hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares. Hasta entonces, la medicina estatal consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas – cuando no raciales (Foucault, La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina 1976, 153).

En cuanto a la participación de la Medicina Urbana la describió así:

En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. Se sintió la necesidad, al menos en las grandes poblaciones, de constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 11).

A este respecto entraron en juego varios factores. En primer lugar, indudablemente, razones de orden económico. A medida que la ciudad se va convirtiendo en un importante centro de mercado que unifica las relaciones comerciales, no simplemente a nivel de una región sino también a escala nacional y aun internacional, se hace intolerable para la industria naciente la multiplicidad de jurisdicción y de poder. El hecho de que la ciudad no fuera solo un lugar de mercado sino un lugar de producción obligó a recurrir a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 11).

Foucault describe la medicina de la fuerza laboral, sin relacionarla con la creación del seguro social de enfermedad, cincuenta años antes (1883-1889), en la Alemania de Bismarck (Sigerist 1984, 89-91), lo hace desde la medicina inglesa, con el seguro de salud para la protección de los trabajadores ante las contingencias derivadas del trabajo: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Puntualiza que, “La medicina no estaba interesada en

el cuerpo del proletariado, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 6). La medicina laboral procede esencialmente de la ‘Ley de los pobres’ lo que la convierte en medicina social, en la medida en que dispone el control médico del necesitado, del pobre. “A partir del momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 20).

Con la ‘Ley de los pobres’ surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social:

la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 21).

Según Foucault, la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrariamente a lo que le ocurrió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina del Estado.

El sistema inglés de Simon y sus sucesores, permitió, por un lado, vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado – y en ello consiste su originalidad – permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de los problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 23).

Foucault, destaca el Plan Beveridge aprobado en 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, “que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de salud

después de la segunda guerra mundial (...) muestra que “el Estado se hace cargo de la salud” (Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* 1976, 152).

Con el Plan Beveridge:

la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud (Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* 1976, 153).

Así, “la salud entra en el campo de la macroeconomía”; “se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo.” “Desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo (Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* 1976, 154).

5. La biopolítica y la medicina social

Al relacionar lo descrito por las historias de la medicina social europea con la “Historia de la medicalización”, descrita por Michel Foucault, en la que afirma “la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)* 2006, 5), encuentro los componentes para proponer la medicina social como dispositivo, porque reúne los elementos generales que propone Foucault acerca de lo que es un dispositivo y los elementos particulares que el mismo Foucault describe de un dispositivo de seguridad, entre los que incluye a la medicina.

Los cambios de las formas de acción gubernamental, por el deterioro de las condiciones materiales de vida y de trabajo de las poblaciones y por el cambio de significado de las relaciones vida – poder – economía, son manifestaciones del traslado del Estado de soberanía al Estado de seguridad, traslado no secuencial, tampoco de sustitución. En el Estado de seguridad coexisten, con predominio de la biopolítica, las formas anteriores de la relación poder–vida–muerte, como la anatomopolítica.

Los cambios de las relaciones que hacen la vida material de las poblaciones y los cambios en las formas de gobierno transforman también la categoría biopolítica, según las recepciones y los usos políticos especialmente que de ella se hacen en los territorios e instituciones.

Tanto el biopoder como la biopolítica se difunden y son receptadas en los territorios según sus distintas condiciones de posibilidad política y según los diferentes momentos de crisis y bonanza de la economía; se expresan y actúan con discursos diferentes según los territorios y los momentos de expansión del comercio y de la economía; adaptan las estrategias y las instituciones a las condiciones políticas imperantes.

Los dispositivos biopoder y biopolítica, según Foucault, son parte de la gubernamentalidad de la modernidad capitalista europea en el tránsito del Estado de Soberanía al Estado de Seguridad, que provocan, entre otros fenómenos, la medicalización, no sólo de la atención a la enfermedad sino de la vida al trasladar a la política la normalización, instrumento eficaz de la medicina social.

La historia de la medicina social europea, según Michel Foucault, procede de la práctica médica en crisis en el siglo XVIII, que a partir del siglo XIX se transforma en una “cierta tecnología del cuerpo social” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 5), porque el desarrollo del capitalismo de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX “socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral” y concomitantemente la medicina privada se transformó en medicina colectiva porque “para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada”. Antes, “La medicina no estaba interesada en el cuerpo del proletariado, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos”. En conclusión, “El cuerpo es una realidad bio-política; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, Historia de la medicalización 1977, 5).

6. La normalización

La moderna medicina que hoy conocemos como medicina occidental procede de dos fuentes de eficacia: la experiencia en el manejo de las epidemias que asolaron la Europa de la Antigüedad y la incorporación, en los comienzos de la modernidad, de los conocimientos

científicos al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades. La eficacia mostrada por la medicina moderna incrementó considerablemente su autoridad para normalizar el cuerpo individual y su poder para controlar a las poblaciones humanas en prevenir y evitar la propagación de las enfermedades y en controlar su salud.

El antiguo conflicto de la medicina intervencionista con las medicinas naturalistas que ante la enfermedad proponían no intervenir en el cuerpo, dejar actuar a la naturaleza, se definió en la modernidad, cuando la medicina intervencionista, más allá de las razones que sustentaran la intervención, incorporó al diagnóstico y a la terapéutica para la enfermedad de los individuos, los conocimientos que, la fisiología y la experimentación aportaron sobre el funcionamiento normal de los órganos del cuerpo humano, así lo describió, Georges Canguilhem, en “*Lo normal y lo patológico*”. Con esos conocimientos la medicina, por un lado, compara el funcionamiento normal con las alteraciones descritas por el paciente y el laboratorio y establece la dimensión de la variación o daño en forma de diagnóstico y, por otro lado, según la magnitud de la patología, establece la duración de la terapéutica (Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* 1982, 25-62).

La exclusión contra la lepra, el encierro ante la peste y el aislamiento frente al cólera, fueron las estrategias de manejo de las epidemias de la medicina desde la Antigüedad, a éstas Foucault las denominó ‘tecnologías’, distinguiéndolas de las tecnologías de la medicina moderna que cumplen funciones de disciplinamiento del cuerpo individual: distribuyéndolo en el espacio, vigilándolo y haciéndolo visible, incrementan su fuerza física adiestrándolo para la producción; y funciones de regulación de “la vida de la población como especie”: con base en la demografía se encarga de la natalidad, la mortalidad y la longevidad; de las epidemias con la epidemiología; de la morbilidad de las poblaciones, para establecer y manejar la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de las enfermedades permanentes o endemias, entre las que incluye las relacionadas con el trabajo (Foucault, *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* 2002, 220-221).

La normalización es identificada por Canguilhem en el debate en medicina entre lo normal y lo patológico, normalización que se extiende a la vida misma. En su tesis de 1943, “*Lo normal y lo patológico*”, Canguilhem señala el significado de normal desde el análisis filosófico de la vida, entiende, por normal “la actividad de oposición a la inercia y a la indiferencia”, porque “La vida trata de ganarle a la muerte, en todos los sentidos de la palabra

‘ganar’ y ante todo en el sentido en el que la ganancia es aquello que se adquiere por el juego. La vida juega contra la entropía creciente” (Canguilhem, Lo normal y lo patológico 1982, 183). Canguilhem distingue norma y normal que proceden de la fisiología y del uso cotidiano respectivamente, para señalar que si sabemos que norma es la traducción latina de ‘escuadra’ y que normalis significa ‘perpendicular’, ya sabemos todo lo que hay que saber sobre el sentido de los términos ‘norma’ y ‘normal’, trasladados a un sinnúmero de campos de la vida cotidiana (Canguilhem, Lo normal y lo patológico 1982, 187). Canguilhem describe que el término ‘normal’ antes de pasar a la lengua popular y naturalizarse en ella fue parte del vocabulario específico de dos instituciones la sanitaria y la pedagógica, así “Normal es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica” y cuando en Francia se propone la reforma de estas instituciones a consecuencia de la Revolución Francesa como “una exigencia de racionalización que aparece igualmente en política, así como aparece en la economía bajo el efecto del naciente maquinismo industrial, y así como desemboca por último en lo que se ha llamado después ‘normalización’ (Canguilhem, Lo normal y lo patológico 1982, 185).

Canguilhem abunda en ejemplos de la práctica médica para mostrar a que se refiere con el término normal, menciona un cuenta-gotas normal, esto es, calibrado para que contenga un número determinado de gotas que al caer correspondan a un gramo de agua destilada, conteniendo el fármaco en solución graduado conforme a la prescripción de la receta médica; también describe el peso normal del hombre para el fisiólogo, tomando en cuenta la edad, el sexo, la estatura, como el peso ‘que corresponde a la mayor longevidad previsible’ (Canguilhem, Lo normal y lo patológico 1982, 185-186). Según lo anotado lo normal aparece como una medida que sirve de patrón de comparación, por eso, Canguilhem afirma que una norma, una regla, “es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderezar”, que “‘Normar’, ‘normalizar’, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato, cuya variedad y disparidad se ofrecen, con respecto a la exigencia, más aún como algo indeterminado y hostil que simplemente como algo extraño” (Canguilhem, Lo normal y lo patológico 1982, 187).

De esa manera la naciente fisiología con estatuto de científicidad dado su carácter experimental le facilitó a la medicina sustentar el diagnóstico y la terapéutica, pues el comparar la variación del daño que refiere el paciente o una prueba de laboratorio, con el normal funcionamiento de los órganos que proporciona la fisiología, constituye una medida

para establecer tanto la dimensión del daño, como la duración de la terapéutica. Lo normal en medicina, con sustento de científicidad, se convierte en la medida de comparación y determinación de la normalidad y de la normalización en diversos campos de la actividad humana incluida la política.

Así, Foucault, afirma: “en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad (...) de la norma. Lo que rige a la sociedad (...) la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad”, de ahí que, “Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo” (Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* 1976, 161).

7. La policía médica

La policía médica es uno de los componentes de la medicina social como dispositivo biopolítico. Surge de las relaciones de la medicina con el poder político y el pensamiento económico conforme fue ya descrito por Frank, Sigerist, Rosen y como lo hacen también Donzelot, Deleuze y Foucault. Los médicos sociales, describen el surgimiento de la policía médica de la preocupación compartida por gobernantes y médicos para modificar las insalubres condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones de indigentes, pobres y trabajadores, con el propósito de asegurar poblaciones productivas y pacíficas. El surgimiento de la policía médica tiene como sustento teórico al pensamiento político de instauración del Estado nacional, unitario y desde el pensamiento económico liberal al mercantilismo o cameralismo para Alemania que, promueve incrementar la población productiva como condición de crecimiento económico en consonancia con un Estado centralista y unificador. La policía médica aparece como el mecanismo de control del cuerpo individual y del cuerpo social.

Foucault, refiere que Alemania, desarrolló una práctica médica efectivamente concentrada en el mejoramiento de la salud de la población. “Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido; fue lo que se llamó por primera vez policía médica de un Estado. El concepto ‘Medizinischepolizei’, policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad o natalidad” (Foucault, *Historia de la medicalización* 1977, 8).

Foucault, describe como un objetivo de la policía a la salud, La policía tiene como objetivos a la salud en los momentos de epidemias, pero más a “la salud cotidiana de todo el mundo”, como objetivo permanente de “cuidado e intervención”, porque ésta es una condición para la subsistencia de los hombres y para que puedan trabajar. De ahí, que la policía vigila “todo lo que puede propiciar las enfermedades en general” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 373).

Las políticas sociales para solucionar “la cuestión social” provocada por la industrialización en Europa pretendieron modificar sus manifestaciones. Cuando se acusó a la descomposición de la familia entre las causas de la pobreza y de la desprotección social, se impulsó la recomposición de la familia en las poblaciones europeas, política que Donzelot llamó ‘policía de familias’, en la cual describe el papel de la medicina y de los médicos de familia en la educación a la mujer, pobre o burguesa, para re-educar en la familia a los hijos y al marido, modificar las costumbres, los hábitos, los comportamientos sobre el cuerpo, la higiene, la alimentación, el descanso, para conservar la salud, evitar la enfermedad y ahorrar para el bienestar; la propuesta de recomponer la familia como núcleo social del bienestar y la paz social trasladaba la responsabilidad del bienestar a la familia y aprovechaba la autoridad médica para la educación de la mujer y madre en el cuidado de los miembros del hogar (Donzelot 2008). Gilles Deleuze en el Epílogo al libro de Donzelot, resalta de la relación Estado – poblaciones: la “nueva alianza entre la medicina y el Estado (...) ‘la higiene’ pasará a ser pública, al tiempo que la psiquiatría sale del sector privado”, proceso en que “la medicina conserva un carácter liberal privado (contrato), en tanto que el Estado interviene necesariamente por acciones públicas y estatutarias (tutela)”; en esa relación Estado – medicina fueron políticas a implementar: “eugenismo, Malthusianismo, planning familiar, etc” (Deleuze 2008, 219).

8. La protección social

Los comienzos de la Modernidad con la Revolución Industrial, la expansión del comercio internacional, el desarrollo de las ciudades con grandes asentamientos poblacionales también trajo consigo los comienzos de la organización de los obreros industriales y de los partidos socialistas. Los comienzos de las Ciencias Sociales constataron la desprotección de las poblaciones trabajadoras fueran éstas: campesinos sin tierra trasladados a las ciudades, obreros industriales, artesanos sin ocupación. Desprotección desconocida resultado de desconocidas condiciones de vida y de trabajo, por lo que las referencias a estas situaciones

fueron denominadas como: “la cuestión social”, el “problema social”, asunto que demandó búsquedas de solución según distintas posiciones y determinados intereses, entre las que destacan el interés del poder político por conjurar los peligros a la estabilidad y a la continuidad de las formas de gobierno vigentes en ese momento de la historia.

Henry Sigerist, relató los diferentes intentos por constituir una solución a la desprotección de los trabajadores. Cita entre los eventos relacionados con la revolución de 1848, “El programa de salud de 1848 de los médicos liberales alemanes”, que “reconocía el deber del Estado de velar por el bienestar físico de todos sus miembros, y en consecuencia su deber de adoptar previsiones para el fomento y conservación de la salud y para la normalización de las condiciones sanitarias alteradas” (Sigerist 1984, 87). Menciona que el fracaso del programa alemán de salud se debió a que “era un movimiento impulsado por médicos liberales, para el pueblo, pero sin el pueblo” (Sigerist 1984, 88). Describe también, como en Europa se intentaron dos tipos de soluciones, la una para países agrícolas con poblaciones indigentes a través de servicios médicos estatales en los distritos rurales, que en Rusia se extendió de las zonas rurales a las ciudades para los trabajadores fabriles. La otra solución, se inició en Alemania, luego de que en 1849, Bismarck había dicho que la inseguridad social de los trabajadores era la causa real de que fuesen un peligro para el Estado”, y fue el mismo Bismarck, quien “desde 1883-9 creó un sistema de seguro social que incluía seguros por enfermedad, accidentes industriales, vejez e invalidez” (Sigerist 1984, 90). Sistema que reunió tres fuentes de financiamiento: el ahorro de los propios trabajadores que mantenían la práctica del ahorro como seguro mutuo contra las catástrofes proveniente del mundo Antiguo; las sociedades de beneficencia para atender los accidentes que luego fueron financiadas por el Estado y que demandó la participación financiera de los patronos (Sigerist 1984, 90-91). “Bismarck no pudo destruir el partido socialista mediante su legislación en materia de seguridad social (...) pero logró quebrar el impulso revolucionario del partido; éste se convirtió en social-reformista, como lo sigue siendo hoy” (Sigerist 1984, 92).

Deleuze, en el Epílogo al libro “*La policía de las familias*”, de Donzelot 2008, destaca “el papel del llamado al ahorro, que se convierte en la pieza maestra del nuevo dispositivo asistencial (de ahí la diferencia entre la antigua caridad y la nueva filantropía, donde la ayuda debe concebirse como una inversión)”, dispositivo en el cual participa el “sistema industrial” que procura “remediar las taras cuya responsabilidad atribuye a las familias” a través de la legislación, el ahorro y la inversión privada que servirá además para reemplazar la red de

antiguas dependencias para la protección de los individuos conocidas en el Mundo Antiguo. Ese llamado al ahorro también fue destacado por Foucault al tratar de los mecanismos regularizadores que actúan sobre las poblaciones permitiendo e induciendo “conductas de ahorro”, puso como ejemplos, el ahorro para el alquiler y la eventual compra de vivienda, los sistemas de seguros de enfermedad o de vejez, por ejemplo, que están ligados a la vivienda, a su alquiler y, eventualmente, a su compra. Sistemas de seguros de enfermedad o de vejez (Foucault, Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976) 2002, 227).

El ahorro voluntario fue la estrategia de los obreros industriales, organizados en sindicatos, para establecer las mutuales, atender colectivamente, las contingencias del mundo del trabajo: invalidez, vejez, enfermedad, maternidad, muerte, concomitantemente, mantenían sus demandas principales, en el largo plazo, de incremento del salario y reducción del tiempo de la jornada laboral, con su organización y lucha, lograron que la accidentabilidad de las maquinarias e instalaciones fueran asumidas como responsabilidad del propietario de la fábrica para cubrir la atención a los accidentes industriales, el propietario hizo lo que sabía hacer con la experiencia comercial, contratar seguros para las instalaciones y maquinarias. Estos mecanismos hicieron de la organización sindical y de los partidos socialistas que los apoyaban una amenaza a la estabilidad y continuidad política en la Alemania del Canciller Bismarck que mediante leyes estableció el seguro social, desarmó las demandas de la organización sindical y ganó las elecciones a los partidos socialistas. Ramiro Bedregal⁶ describe la secuencia de esas leyes:

En 1883 el seguro de enfermedad, sobre la base de las cajas de ayuda mutua existentes; en 1884 el seguro de Accidentes del Trabajo asentado sobre las asociaciones de empleadores; y en 1889 el seguro de invalidez y vejez, sobre los sistemas de pensiones a cargo de las autoridades administrativas regionales; vale decir que combinó las cuotas de los trabajadores a sus sociedades mutualistas, las primas de los empleadores a las compañías de seguros y los presupuestos estatales para beneficencia, bases todas ellas de la cotización y administración tripartitas entre Estado, empleador y trabajador (Bedregal 1984, 30).

⁶ Ramiro Bedregal Iturri, boliviano, experto en Seguridad Social, especialista en Derecho del Trabajo y Derecho de la Seguridad Social en la Universidad de París, Sorbonne, docente universitario en La Paz, Bolivia, funcionario y autoridad de la Seguridad Social Boliviana, experto en Seguridad Social de la Organización de Estado Americanos, OEA, y de la Junta del Acuerdo de Cartagena.

El sistema de seguro social, regulado por el Estado, ante la enfermedad, la maternidad, el accidente y la discapacidad como parte de las contingencias del trabajo, traslada el mecanismo salarial de la relación individual del trabajador asalariado a la relación colectiva de la población de trabajadores creando una especie de salario social que, a semejanza del salario individual, garantiza la reproducción social del trabajador y su familia para continuar trabajando, el seguro social, financiado tripartitamente, previene y garantiza la continuidad de la reproducción social de la población trabajadora, a diferencia de la beneficencia y la asistencia social que ofrecen protección ante las contingencias de la vida social solo en el presente. El sistema de seguro social también se extendió a los países europeos y arribó con diferentes grados de adaptación a los países de la Región de las Américas según las condiciones de las poblaciones de trabajadores asalariados, industriales y el grado de organización estatal, para la conformación y financiamiento tripartito de este sistema.

De la lectura efectuada de la medicina social, sus procedencias, la historia de la emergencia de sus componentes, funciones he mostrado una recomposición de la medicina social como dispositivo biopolítico, pues, la medicina social contiene los tres componentes generales de un dispositivo de biopolítica y los cuatro elementos particulares de un dispositivo de seguridad, expuestos por Michel Foucault refiriéndose a la biopolítica. La medicina social como dispositivo general: a) las políticas, las instituciones, los servicios y los mecanismos están organizados en red; b) su función estratégica es atender, con poblaciones saludables, los requerimientos de la economía y evitar conflictos sociales; c) forma parte de los dispositivos de seguridad para el gobierno de las poblaciones, mediante el saber y la práctica de la disciplina llamada medicina social, saber particular denominado de distintas maneras a través del tiempo: higiene, salud pública, medicina social, salud internacional, salud global.

La medicina social contiene los cuatro elementos particulares de un dispositivo de seguridad: a) actúa en el espacio particular de la relación Estado – población, mediante los mecanismos de regulación y control de la salud de los individuos y de las condiciones relacionadas con la salud de las poblaciones; b) tiene como objetos de intervención fenómenos con alta aleatoriedad, como la natalidad, la morbilidad, el envejecimiento, la mortalidad, la movilidad, y a las contingencias del trabajo de probabilidad variable expresadas como enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; c) utiliza como estrategia la normalización de la vida humana y pretende alcanzar la medicalización de la vida humana en todas sus relaciones; d) ofrece protección ante los riesgos vitales y seguridad ante los riesgos del trabajo, protección y

seguridad para enfrentar los miedos, las incertidumbres y la inseguridad heredadas y propias de la vida moderna.

9. La medicina social en el discurso internacional de la salud

La medicina social del Estado de seguridad como uno de los dispositivos biopolíticos de gobierno y de control de poblaciones contribuye directamente al mantenimiento y continuidad del mercado laboral con población sana, productiva, a los mercados de consumo con consumidores sanos y en general a la circulación mercantil con poblaciones sanas.

La medicina social como dispositivo en relación con un saber que le delimita y le reproduce, produce un discurso propio que recoge y relaciona los elementos generales y particulares que le conforman según los distintos momentos de emergencia de estos. El discurso de la medicina social se difunde en los discursos de las organizaciones internacionales como discurso oficial sobre salud. La lectura del Acta de Constitución de la OMS permite encontrar los elementos del discurso de la medicina social dispositivo biopolítico.

El Preámbulo del Acta de Constitución de la OMS señala: “LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos” (Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud Decimotava edición 2014). A continuación, tomados del Acta de Constitución de la OMS, copio los enunciados más significativos del discurso de la OMS, que expresan a la medicina social dispositivo de biopolítica del Estado de seguridad para el gobierno y control de las poblaciones.

- El goce del grado máximo de salud que pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁷.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

⁷ La definición de salud no estuvo presente en la constitución de las organizaciones precedentes en Europa ni en las Américas.

- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo (Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud Decimoctava edición 2014, 1-21).

Destaco los elementos de biopolítica presentes en este discurso internacional sobre salud: la declaratoria de salud como derecho humano fundamental y obligación de los gobiernos; la definición de salud como un completo estado de bienestar, la salud como condición de seguridad y paz de las poblaciones, la identificación de grupos poblacionales prioritarios y la importancia del conocimiento y la comunicación en la acción gubernamental. La universalidad de la protección y de la atención desde el Estado y la declaración de universalidad del derecho humano a la salud, de este discurso, corresponde a la medicalización descrita por Foucault.

Capítulo 3

Recepciones del discurso biopolítico sobre salud en América Latina y Ecuador

Los discursos están inscritos como uno de los elementos generales de un dispositivo, de ahí la importancia de sus recepciones, que serán distintas según las condiciones de su difusión y reproducción y según las capacidades y disposiciones de recepción. Recepciones mediadas por los momentos políticos de los países o instituciones o las necesidades dictadas desde la economía. Las recepciones de los discursos ponen a prueba su capacidad de reproducción y con ella la eficacia de un dispositivo, en sus relaciones con el poder político y con el poder económico, las recepciones ponen en evidencia, las funciones que realiza y las estrategias que utiliza el dispositivo, aunque la recepción modifique el discurso o justifique las adaptaciones políticas o económicas para su implantación en realidades distintas a las de su configuración original. Así, habrá recepciones críticas, acríicas, de conveniencia política o económica. Y de manera general, restringidas a determinados espacios académicos, políticos y económicos.

Describo la recepción del discurso de la medicina social, de la historia de la medicalización y de la medicina social de Michel Foucault, que incluye la categoría biopolítica. De la multiplicidad de opciones de recepción del discurso de la medicina social como dispositivo de la biopolítica, seleccioné, por su alcance internacional, al pensamiento social sobre salud en América Latina predominante en las organizaciones de control sanitario, y la recepción en el discurso legislativo ecuatoriano como una muestra de alcance local.

La recepción en el pensamiento social sobre salud de América Latina es analizada desde la perspectiva de Juan César García,¹ pionero de la medicina social en el continente, y se liga a la historia de la Oficina Sanitaria Panamericana, y del Código Sanitario en la primera mitad del siglo XX. La recepción en el discurso legislativo del Ecuador se ubica en la segunda mitad del siglo XX a propósito de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1967 y de la inclusión del derecho a la salud en el texto constitucional de 1998.

¹ García, médico, sociólogo, historiador y pensador social, procuraría a lo largo de los decenios, sobre todo, estudiar, analizar y divulgar el saber relacionado con las determinaciones sociales en el campo de la salud (...) en especial el estudio de las relaciones salud-sociedad en el contexto de las formaciones sociales latinoamericanas, enfatizando la perspectiva histórico-social de la medicina (Duarte Nunes 1994, xiv).

1. El pensamiento de Foucault y Juan César García

Las referencias a Michel Foucault son contradictorias, por un lado, Juan César García dice en una nota de su obra *Medicina y sociedad*: “Las obras de Michel Foucault han tenido una gran influencia en la medicina social latinoamericana” (García 1994, 55), por otro lado, lo coloca en el estructuralismo del cual señala que: “destaca a un primer plano el análisis de la estructura del objeto investigado” y que:

Ha permitido plantear y solucionar importantes problemas relativos a la creación de un sistema general de métodos para el conocimiento científico natural y social. Sin embargo, algunos de sus representantes absolutizan el método e intentan elevarlo a la categoría de una concepción filosófica. Michel Foucault es uno de los autores más importante de este enfoque absolutizador y ha tomado la medicina como uno de sus objetos de estudio (García 1994, 45).

Cierra sus apreciaciones con esta afirmación: “La aplicación del estructuralismo al estudio de la medicina ha revelado sus limitaciones y mostrado la necesidad de conjugarlos con otros métodos de investigación” (García 1994, 45).

Encuentro tres grandes diferencias entre el pensamiento de Michel Foucault y el de Juan César García acerca de la medicina: su relación con el capitalismo, su relación con el Estado y como medicina social.

J. C. García ubica el nacimiento de la medicina social en Europa:

En 1848 nace el concepto de medicina social; es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neuman y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra, y Francisco Puccionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico (García 1994, 144).

La participación de los médicos en los procesos revolucionarios de 1848, ayudó, según García, “a elaborar la concepción del mundo de la burguesía triunfante” (García 1994, 147). Añade: la medicina desde el siglo XVII y XVIII se encargaba del “cuidado de la parte no

vendida de la fuerza de trabajo” de las clases subordinadas. “Es la época del ‘confinamiento’ tan bien estudiada por Foucault”; la práctica médica ante la revolución industrial debe “mantener y mejorar la fuerza de trabajo”, cambio que fue posible cuando la conceptualización de la medicina se transformó al desvincularse de la religión, durante el feudalismo, para articularse al “ejército industrial de reserva, durante el desarrollo de la manufactura” (García 1994, 147).

Según García, los cambios de la conceptualización de la medicina en el capitalismo la condujeron un nuevo objeto: “la fuerza de trabajo”, distinto de la categoría ‘trabajo’ que consiste en el desgaste efectivo de energía humana, mientras la categoría ‘fuerza de trabajo’ comprende “la capacidad de trabajo”, es decir, el conjunto de “aquellas facultades físicas y mentales que existen en un ser humano y que debe poner en funcionamiento toda vez que desee producir valores de uso’. (...) La fuerza de trabajo también aparece como una categoría específica e histórica, tan moderna como moderno es el sistema capitalista, en el cual se presenta con toda su pureza” (García 1994, 147).

Así, según García, la medicina utilizó la definición termodinámica de trabajo, distinguiendo la fuerza de trabajo, apoyada en la conceptualización de “energía y en la ley de la conservación de la energía descubierta por Roberto Meyer”. Según esa ley, la energía es una “fuerza potencial que puede usarse hasta su agotamiento y volver a producir”, esa teoría trasladada a la fuerza de trabajo, objeto de la medicina, es la que permite a ésta, abandonar “la teoría ontológica de la enfermedad (...) que establece una diferencia cualitativa entre lo normal y lo patológico” (García 1994, 147-148).

Cuando la medicina abandona, según García, “la teoría ontológica de la enfermedad”, puede:

Concebir la enfermedad como una variación cuantitativa (en más o menos) de una norma supone un hombre que puede separar una parte de sí mismo, un potencial, para que sea utilizado por otra persona, para luego volver a producir esta misma energía, es decir supone al obrero en un sistema capitalista (García 1994, 148).

De esta manera, tomando como base la concepción de la enfermedad como “fisiología alterada”, o que “la enfermedad no es nada más que vida en condiciones alteradas”, se produce, según García, la concepción de la medicina social, expresada por Virchow en 1848:

La destrucción de la concepción ontológica de la enfermedad es también una destrucción de la terapia ontológica, de la escuela de los ‘específicos’. Los sujetos de la terapia no son enfermedades sino condiciones; en todas partes estamos sólo interesados en cambiar las condiciones de vida (García 1994, 148).

En consecuencia, la medicina social es una “terapéutica que se dirige a las condiciones sociales que alteran la fisiología normal”, o en palabras de Jules Guérin, quien la designó con ese nombre:

‘En lugar de los enfoques imprecisos e incoordinados a que nos hemos acostumbrado incluir bajo la denominación de policía médica, salud pública, medicina forense, ha llegado el momento de reunir todos ellos en un todo organizado y elevarlos a su más alto nivel bajo el nombre de medicina social, nombre que expresa mejor su propósito’ (García 1994, 148).

Según el mismo Guérin el propósito de la medicina social, en respuesta ante la pregunta: “¿Cuáles serán los efectos de salarios más altos y horas de trabajo más cortas?” sería:

Horas de trabajo más cortas significarán menos fatiga para el trabajador. Altos salarios significarán mayor energía y mayor bienestar ya que el obrero será capaz de obtener más y mejor alimento. Las consecuencias fisiológicas de estos factores, que parecieran perjudiciales para la industria, resultarán de hecho en una fuerza de trabajo mejor y más productiva. Esto lo escribía Guérin en la *Gazzete Médicale* unos días después de la Revolución de febrero (García 1994, 148).

García, cierra este acápite afirmando:

Este discurso que enlaza en forma organizada conceptos como fuerza de trabajo, fatiga, enfermedad entendida como fisiología alterada, productividad y medicina social ha de ser posteriormente enriquecida en tal forma que ni la teoría bacteriana ha de poder revitalizar la teoría ontológica de la enfermedad. Es así como llegará un momento en décadas posteriores en que enfermedad sólo será fatiga, agotamiento extremo de la fuerza de trabajo. Rosenbach escribió en 1891: Nuestra meta debe ser el reconocimiento de la insuficiencia, es decir, un estado en el cual hay desproporción entre la demanda hecho sobre un órgano y su habilidad para desempeñar trabajo (García 1994, 148).

Esta descripción de la recepción de la categoría biopolítica propuesta por Michel Foucault, en el libro *Pensamiento social en SALUD en América Latina* de Juan César García muestra especialmente las diferencias al pensar las relaciones de la medicina con el Estado, con el capitalismo y en tanto medicina social. Esa recepción supone el conocimiento por parte de J. C. García, funcionario de la Organización Panamericana de la Salud, de las exposiciones de Foucault en Brasil en 1973 y 1974, publicadas por esa organización en la revista *Educación Médica y Salud*.

La evolución de la medicina estatal propuesta por García correspondería al desarrollo de la medicalización descrita por Foucault, esto es, la concurrencia de las tres fuentes o vertientes, la medicina social inglesa, la medicina urbana francesa y la medicina estatal alemana, con la hegemonía del modelo inglés de medicalización post Segunda Guerra Mundial. La diferencia sería en el despliegue temporal y territorial de la medicalización en el continente americano, que guardaría directa relación con la desigual industrialización de los países de nuestro continente.

La relación de la medicina social con el capitalismo, propuesta por los dos autores, tiene distintas procedencias, mientras Foucault distingue primero la preparación y el control del cuerpo individual por medio de la anatomopolítica, y luego el control de la población mediante la biopolítica, como necesarias para el mantenimiento y reproducción social de la producción capitalista; García lo hace desde las categorías trabajo y fuerza de trabajo, en una relación de protección del “ejército de reserva” primero y luego mediante la protección a la población obrera en la venta de su fuerza de trabajo.

La asunción de la medicina social como medicalización según Foucault es distante de la noción de medicina social como terapia de las condiciones sociales de la enfermedad, como alteración de la fisiología en García, lo que conduce a miradas distantes sobre la institucionalidad encargada de la salud y no solamente de la atención médica a la enfermedad.

La diversidad de condiciones de desarrollo político y económico de los países y territorios latinoamericanos constituyeron condiciones de posibilidad de la recepción de la biopolítica como dispositivo; fueron distintos también los medios de difusión y de extensión de la biopolítica, que dieron continuidad a la regulación a través de la ley, como por ejemplo la

adopción del Código Sanitario en 1924 para los países de la región de las Américas. A lo anterior, debemos añadir, la diversa instauración de los seguros sociales en los países latinoamericanos, en desiguales y distintas condiciones de desarrollo industrial. Finalmente, otro elemento que intervino en la recepción de la biopolítica fue la diferencial presencia del Estado en el gobierno de los territorios de la región, en especial en el desarrollo la higiene y sanidad públicas, la salud pública o medicina social.

La recepción descrita por García, centrada en la medicina estatal, describe el despliegue de la anatomopolítica en el continente americano, especialmente en el control y la preparación del cuerpo individual a través de la higiene, la vigilancia y control de las epidemias por medio de la sanidad de puertos y ciudades, en prevención de las enfermedades infecto contagiosas, las llamadas enfermedades tropicales, que afectaban a la producción agrícola de exportación. Sin embargo, esa misma recepción propone una temporalidad distinta a la medicalización descrita por Foucault, tanto en la concurrencia de las tres fuentes o vertientes, la medicina social inglesa, la medicina urbana francesa y la medicina estatal alemana, como en la hegemonía del modelo inglés de medicalización post Segunda Guerra Mundial.

En la segunda mitad del siglo XX, post conflicto mundial, la biopolítica se extendió a través de una organización internacional, componente del Sistema de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, que restableció las organizaciones sanitarias regionales, como la Organización Sanitaria Panamericana que venía funcionando desde 1906 y que no lo pudo hacer durante el conflicto mundial. Esta organización que adoptó el nombre de Organización Panamericana de la Salud, recogió la experiencia pre-guerra en el control de epidemias y el saneamiento de los puertos y acogió el nuevo discurso que define a la salud como un derecho humano universal a cargo de la responsabilidad de los Estados a través de sus instituciones.

2. La Oficina Sanitaria Panamericana

Juan César García en el libro *“Pensamiento social en SALUD en América Latina”*, analiza la medicina estatal a partir de 1880 hasta 1930, porque considera que durante este período: “los países latinoamericanos ajustan sus servicios de salud a las necesidades de una producción capitalista destinada al mercado exterior” (García 1994, 95). La medicina estatal habría seguido cuatro etapas: primera, los consejos o juntas nacionales de sanidad; segunda, los departamentos nacionales; tercera, las direcciones nacionales o ministerios como la expresión

del interés de “las oligarquías nativas” en la gestión sanitaria pública; cuarta, las instituciones de seguridad social que acompaña a la industrialización. Cada una de estas etapas varía según los inicios y los énfasis en los distintos países. Añade, como parte del surgimiento de la medicina estatal a los “cambios en el saber médico y a la incorporación a la sanidad de las acciones propias de la asistencia social”; en el saber médico destaca: “a) la hegemonía del modelo etiológico basado en el papel de los insectos como vectores; b) la concentración de la investigación en instituciones estatales, y c) la influencia del modelo organizativo del Instituto Pasteur” (García 1994, 95).

“En el campo de la sanidad, el segundo decenio del siglo XX representa para los países de América Latina, una intensificación de las presiones de Estados Unidos por la limpieza de los puertos, interrumpida por la Primera Guerra Mundial. La fundación Rockefeller comienza sus actividades, en América Latina, orientadas a la sanidad terrestre en las zonas productivas primario-exportadoras. La resistencia de los países del Sur cede a medida que se afianza la hegemonía de Estados Unidos en el Continente (que se consolidará después de la Primera Guerra Mundial). En este decenio, un número considerable de países crean órganos estatales de sanidad: Venezuela, México, Honduras, Chile, Haití y Colombia (García 1994, 106).

J. C. García entiende la sanidad, como el “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes”, fue una preocupación del “Estado oligárquico-liberal”, por el riesgo común de enfermar, especialmente en las epidemias, causadas por un factor externo (García 1994, 101). Preocupación que sería facilitada por: “la participación de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de organismos estatales norteamericanos en el desarrollo de sus departamentos nacionales de sanidad”. Preocupación e influencia que sería efectiva según este autor cuando “la burguesía interesada en los aspectos de sanidad controla el aparato estatal”, porque se trata de burguesías capitalistas agrarias que “entran en alianza con el capital monopólico y colaboran con él, no sólo a nivel nacional, sino también en el internacional, como se observa en “el apoyo que países le prestan a Estados Unidos para lograr la hegemonía en la sanidad interamericana” (García 1994, 108-109).

La influencia de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y el Servicio de Salud de Estados Unidos, junto con el Departamento Médico de la United Fruit Company, se debió según J. C. García, a las múltiples relaciones que mantuvieron entre sí estas organizaciones, al utilizar los

mismos expertos y el intercambio permanente de “experiencias y concepciones” lo que les llevó a una división de trabajo por la cual la Fundación Rockefeller se ocupó de la “sanidad terrestre” (anquilostomiasis, malaria, fiebre amarilla) y de la organización de la sanidad local, mientras la OSP se encargó de la “sanidad marítima”, especialmente de la regulación de las cuarentenas (García 1994, 109).

El autor describe la influencia de la Fundación Rockefeller desde 1901 cuando organiza “la Comisión Sanitaria Rockefeller con el objetivo de erradicar la anquilostomiasis en el sur de los Estados Unidos”; en 1913, crea “la Comisión Internacional de Salud con el fin de extender sus actividades en otros países”. La selección de las zonas y países del mundo hacia donde dirige sus acciones filantrópicas no estaba desligado de sus intereses económicos (García 1994, 109).

Adicionalmente, J. C. García relata: “Los directivos del servicio de salud pública y hospitales de marina de Estados Unidos tomaron parte activa en la planeación, creación y dirección de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana”; por esa participación, desde su creación hasta 1936, los cirujanos generales del servicio de salud pública de Estados Unidos fueron los directores de la OSP; por su intermedio, se impulsó “la creación, en América Latina, de unidades administrativas sanitarias con una relativa independencia del poder político nacional, pero ligadas a los dictados de la Oficina Sanitaria Panamericana.” Así, “La Oficina Sanitaria Panamericana se crea en 1902 como un mecanismo para que Estados Unidos pueda lograr implantar ciertas medidas relativas a la sanidad marítima” (García 1994, 109).

En resumen, son objetivos de la medicina estatal, en la lectura de J. C. García, “evitar la introducción de enfermedades del exterior y (...) la regulación de la cuarentena marítima”; la sanidad marítima busca “eliminar las barreras que dificultaban el comercio internacional”. En tanto la sanidad internacional “se vuelca hacia el impacto que tiene la enfermedad en la productividad (García 1994, 123).

La Oficina Sanitaria Panamericana creada en 1902, se extendió a los países de América para favorecer el intercambio comercial regional y mundial, en la página web de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, se lee:

En 1870, una epidemia de fiebre amarilla azotó a Brasil, Paraguay, Uruguay y a la Argentina, y en ocho años, logró propagarse a los Estados Unidos, donde provocó más de 20 mil muertes. El transporte marítimo, que aumentó con el crecimiento del intercambio comercial, era el canal que trasladaba las enfermedades a finales del siglo XIX.

El paso de las epidemias de un país a otro y la necesidad de combatirlas para proteger la salud de la población y la economía de los Estados fue el germen que dio origen el 2 de diciembre de 1902 a lo que sería la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Nuestra historia s.f.).

En el funcionamiento de la OSP podemos visualizar las tres formas de gobierno, en tanto dispositivo, descritas por Foucault: la soberanía, la ley y la seguridad. La OSP ejerce el poder como autoridad sanitaria única, soberana, sobre todo el territorio regional, en los países de la región de las Américas, incorporados a partir de la conformación inicial en 1902. Utiliza la Ley, el Código Sanitario, para uniformar la información y la acción ante los obstáculos a la libre circulación mercantil y de personas desde y hacia la región. Ofrece seguridad a las personas para prevenir, evitar y controlar las enfermedades y la disponibilidad de condiciones de salubridad a la población.

De la historia de su creación resalto la siguiente información:

La Primera Convención Sanitaria Internacional estableció la Oficina Sanitaria Internacional (...) los gobiernos de los países americanos (...) asumieron la obligación de remitir pronta y regularmente a la Oficina, todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional, y ayudar en las investigaciones relacionadas con brotes de epidemias (Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Primera época: 1902-1920 1953).

Las resoluciones que dieron vida a la Oficina Sanitaria Internacional tuvieron su antecedente en el Informe presentado en enero de 1902 en la Ciudad de México, a la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos por su Décimo Comité, llamado de Política Sanitaria Internacional.

La Primera Convención Sanitaria Internacional en Washington, D. C. (...) consideraría la notificación internacional de las enfermedades, la convocación de convenciones sanitarias periódicas de todas las Repúblicas de América y el establecimiento de una Oficina Sanitaria permanente en Washington, D. C., cuyos gastos quedarían distribuidos proporcionalmente entre los gobiernos de los países en las mismas bases que se repartían entre ellos los gastos de la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas.

Fue preocupación evidente de los fundadores de la Oficina, reunidos en Washington, D. C., del 2 al 4 de diciembre de 1902, hacer algo efectivo por la salud de los pueblos de América (Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana 1953, 471).

3. El Código Sanitario Panamericano

La Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en la ciudad de La Habana en noviembre de 1924 aprobó y adoptó como “tratado o Código Sanitario Panamericano”, lo que originalmente fue “un proyecto de Código de Ley Marítima Internacional”. Los objetivos de ese Código fueron:

1. Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.
2. Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.
3. Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.
4. Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
5. Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999).

Esos objetivos fueron expresados, con otras palabras, por el Dr. J. D. Long, Representante de la Organización Sanitaria Panamericana, en la sesión de clausura de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, en referencia a la firma del Código Sanitario Panamericano por parte de los representantes de los países participantes en el Conferencia:

Se logrará mucho en acelerar el comercio y las comunicaciones, reduciendo así el costo de la vida; facilitará el intercambio del conocimiento, de este modo adelantando el progreso en materias sanitarias, en cultura y en el bienestar social en general; efectuará el uso de procedimientos sanitarios uniformes en todos los países

signatarios, y promoverá la confianza mutua entre ellos (Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana 1925, 116).

En estos textos de las finalidades, objetivos y resultados esperados del Código Sanitario Panamericano de 1924, se identifica elementos de biopolítica, entendida como un dispositivo del poder para “la gestión de las fuerzas estatales” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415), ante “la aparición de nuevos objetivos y, por lo tanto, nuevos problemas y nuevas técnicas” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 411), poder que se ejerce sobre una población “como un conjunto de seres vivos y coexistentes, que exhiben rasgos biológicos y patológicos particulares y, por consiguiente, corresponden a saberes y técnicas específicas” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415), dispositivo de poder que puede recurrir a un código, a una ley, que “define formas de intervenciones generales excluyentes de medidas particulares, individuales y excepcionales (...) constituye el modo más eficaz de economía gubernamental” (Foucault, Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979) 2016, 363), en otras palabras: “...la ‘razón gubernamental’(...) esos tipos de racionalidad que se ponen en acción en los procedimientos por cuyo intermedio se dirige la conducta de los hombres a través de una administración estatal” (Foucault, Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979) 2016, 364).

A 1924, las funciones, los objetivos, los objetos, las estrategias y el efector del Código Sanitario Panamericano como un dispositivo de biopolítica. Las funciones: libre flujo del ‘comercio y comunicaciones’; ‘disminuir el costo de vida’ de las poblaciones; asegurar su ‘bienestar’, y restablecer ‘la confianza’ entre los países, son posibles como proposiciones en la medida que reúnen las demandas del reordenamiento del comercio mundial y de las comunicaciones, especialmente del transporte, luego de la Primera Guerra Mundial, son posibles también porque el discurso del Código apela a la experiencia previa de los países de la región que han efectuado seis Conferencias Sanitarias previas, han constituido en 1902 la Oficina Sanitaria Panamericana y en 1906, la Organización Sanitaria Panamericana.

Los objetivos: “Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.”, “impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos”, e

“impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas...” (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999), esto es “una política de salud capaz de disminuir la mortalidad infantil, prevenir las epidemias y disminuir los índices de endemias” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415), son posibles de alcanzar porque hay experiencia acumulada en el control de la higiene de los puertos y las medidas de control de varias enfermedades infecciosas en la población como refiere el Acta de la Séptima Conferencia, experiencias recogidas en el proyecto de Código de Ley Marítima Internacional que se transformó en el Código Sanitario Panamericano.

Los objetos del dispositivo son las poblaciones, las poblaciones habitantes y las poblaciones en tránsito hacia y desde los países panamericanos para:

Disminuir la mortalidad infantil, prevenir las epidemias y disminuir los índices de endemias, intervenir en las condiciones de vida para modificarlas e imponerles normas (se trate de la alimentación, la vivienda o la urbanización de las ciudades) y garantizar la disponibilidad de equipamientos médicos suficientes (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 415).

Poblaciones que ya fueron intervenidas en el control de los puertos y algunas medidas sanitarias a través, precisamente, de la Oficina y luego Organización Sanitaria de la región, en funciones desde 1902.

Las estrategias de la acción biopolítica del Código Sanitario Panamericano son dos: los conocimientos médicos acumulados hasta ese momento, para el control de las enfermedades y la higiene de los puertos; y los conocimientos administrativos de registro, notificación, registro de poblaciones susceptibles y en riesgo, la experiencia en la elaboración de estadísticas, para la adopción de las medidas de control pertinentes.

El efector del Código Sanitario Panamericano es una entidad supraestatal, la Organización Sanitaria Panamericana, OSP, con funciones en dos ámbitos: policía y gobierno supraestatal. Con la asignación de poder por la delegación de los gobiernos de los países de la región, como si fuera soberano del territorio, con experiencia desde 1902, con base a “un análisis económico político que integra el momento de la producción, el mercado mundial y, por fin,

los comportamientos económicos de la población, los productores y los consumidores” (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 61), la OSP “se había convertido en (...) regulador (...), sobre todo y esencialmente, al permitir, garantizar, asegurar distintos tipos de circulación: de la gente, de las mercancías, del aire, etc.” (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 45), la OSP, a partir de 1924, utilizando el Código Sanitario, regula a las poblaciones de los territorios de las Américas.

La OSP establece su autoridad política sobre las enfermedades y la salud pública entre y sobre los gobiernos particulares de los países de la región, a través del Código como una herramienta con base a la experiencia y al reconocimiento de los gobiernos de los países participantes de las conferencias sanitarias y de la Organización misma, a través de la notificación obligatoria de enfermedades consideradas de riesgo internacional, el intercambio y centralización de la información pertinente para decidir la acción a disponer en cada situación, en particular, mediante el: “Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.” La experiencia se extiende a “Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.”, para no sólo uniformar los procedimientos, sino también “Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para (...) eliminar (...) toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional” (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999).

Al analizar los objetivos del Código Sanitario Panamericano de 1924, es posible parafrasear a Foucault, cuando se pregunta: “¿en nuestras sociedades la economía general de poder está pasando a ser del orden de la seguridad?”, y podemos también decir que el Código se inscribe como parte del “surgimiento de tecnologías de seguridad (...) mecanismos que son efectivamente de control social, (...) mecanismos cuya función es provocar alguna modificación en el destino biológico de la especie”, y respondemos a esa pregunta inicial: efectivamente, se trata de “una economía general de poder que tiene la forma de la tecnología de seguridad o, en todo caso, está dominada por ella” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 26-27).

Siguiendo a Foucault se puede reconocer en el efector del Código Sanitario, la Organización Sanitaria Panamericana, su papel de “policía médica”, porque tiende a:

Afirmar y aumentar el poder del Estado, hacer un buen uso de sus fuerzas, procurar la dicha de sus súbditos’, y sobre todo ‘el mantenimiento del orden y la disciplina, los reglamentos que tienden a hacerles cómoda la vida y procurarles las cosas que necesitan para subsistir’ (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 414).

policía que, concebida como “una especie de ‘tecnología de las fuerzas estatales’, le permite al Estado: “marcar y mejorar su lugar en el juego de las rivalidades y competencias entre Estados (...) y garantizar el orden interno gracias al ‘bienestar’ de los individuos” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415). Sin embargo, hay que destacar que, a 1924, existieron, estuvieron dadas, las condiciones políticas, económicas y sociales para el reforzamiento de esa entidad supranacional de gobierno en salud, en lugar de un Estado en particular, porque acumulaba la experiencia previa de “policía médica” y tenía las capacidades para hacerlo en el período de la postguerra de la Primera Guerra Mundial y coordinar: el “Estado de competencia (económico militar), y el “Estado de (..) riqueza-tranquilidad-felicidad” (Foucault, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) 2006, 415).

Jacques Rancière, identifica a la medicina como parte de la policía cuando señala que “la evolución de las sociedades occidentales (...) hace de lo policial un elemento de un dispositivo social donde se anudan lo médico, lo asistencial y lo cultural” (Rancière, El desacuerdo. Política y filosofía 1996, 44); propone llamar policía en lugar de política al “conjunto de los procesos mediante los cuales se efectúan la agregación y el consentimiento de las colectividades, la organización de los poderes, la distribución de los lugares y funciones y los sistemas de legitimación de esta distribución” (Rancière, El desacuerdo. Política y filosofía 1996, 43). Con base en estas proposiciones distingo la función de policía en la Organización Sanitaria Panamericana, de la función ley del Código Sanitario, según el mismo autor:

Es primeramente un orden de los cuerpos que define las divisiones entre los modos del hacer, los modos del ser y los modos del decir, que hace que tales cuerpos sean asignados por

nombre a tal lugar y a tal tarea; es un orden de lo visible y lo decible que hace que tal actividad sea visible y tal otra no la sea, que tal palabra sea entendida como perteneciente al discurso y otra al ruido (Rancière, *El desacuerdo. Política y filosofía* 1996, 44-45).

Las proposiciones de Jacques Rancière, acerca de la naturaleza y las finalidades de la policía, como actividad estatal, posibilitan también identificar al Código Sanitario como un instrumento para establecer un orden, cuando, define los procedimientos para distinguir, registrar, medir y notificar poblaciones en riesgo; registrar las frecuencias y la distribución de las enfermedades en las poblaciones; calcular y medir las poblaciones que deben someterse a las medidas dispuestas por la autoridad sanitaria; obligar a los gobiernos a registrar, notificar e intercambiar la información de las epidemias suscitadas y de las prácticas de control de las enfermedades contagiosas.

Sí, según Rancière, “es principio de la policía presentarse como la actualización de lo propio de la comunidad y transformar las reglas del gobierno en leyes naturales de la sociedad” (Rancière, *Política, policía, democracia* 2006, 19), son comprensibles las expresiones del Dr. Long, en representación de la Organización Sanitaria Panamericana, acerca de los resultados esperados de la OSP con el ejercicio del Código Sanitario:

Acelerar el comercio y las comunicaciones, reduciendo así el costo de la vida; facilitará el intercambio del conocimiento, de este modo adelantando el progreso en materias sanitarias, en cultura y en el bienestar social en general; (...) y promoverá la confianza mutua (Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana 1925, 116).

Tanto Foucault como Rancière al analizar las relaciones, las funciones del poder, de los dispositivos de biopolítica y de policía, señalan que, el poder, aparece ante las poblaciones, las sociedades, los países, como garante de la seguridad, el bien común o el orden. Los elementos comunes que formulan los dos autores, posibilitan identificar funciones de policía médica en la Organización Sanitaria Panamericana; policía con funciones específicas de control, de ordenamiento de las poblaciones; policía encargada de ofrecer seguridad o bienestar a las poblaciones.

La promesa policial de seguridad, de orden, aparece como la contraparte al miedo existente en la población, miedo al contagio, a la propagación de enfermedades, a la cuarentena y representa también una promesa ante el miedo del poder a los impedimentos, a las barreras que impiden la circulación de personas y mercancías por enfermedades contagiosas y epidemias sin control. La OSP ofrece seguridad a la circulación de mercancías, al intercambio mercantil, a través de:

Impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 27).

La OSP utilizó la ley, el Código Sanitario Panamericano, para disciplinar mediante obligaciones y prohibiciones la información que debe ser reportada y los comportamientos que son aceptados y los que no están permitidos por parte de los gobiernos de los países y de sus poblaciones.

La justificación y los objetivos del Código expresan claramente lo señalado:

El proceso de institucionalizar e internacionalizar la salud pública estaba incompleto. Si bien se tenía una Oficina responsable y las conferencias habían establecido normas, faltaba un instrumento político-científico que obligara a los países a cumplir ciertos fines para responder a los desafíos de un mundo cada vez más interdependiente, más intercomunicado y con mayor intercambio comercial (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 20).

Los objetivos del Código, (...):

- Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.
- Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.
- Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.

- Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 27).

El Código Sanitario al clasificar los puertos “fue más específico y definido en cuanto a sus estipulaciones con respecto a buques, puertos y períodos de cuarentena; abarcaba, por primera vez, (...) aeronaves”; el Código añadió: “las estadísticas vitales y las posibilidades de cooperación interamericana en la salud y campos afines, y asignó funciones y responsabilidades más amplias a la Oficina Sanitaria Panamericana como organismo coordinador central de las actividades de salud internacional en las Américas” (El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental 1999, 31).

La OSP como institución sanitaria es parte de la medicina social como dispositivo, forma parte de una estructura en red con la función de controlar la circulación de personas y mercancías en condiciones no contagiosas ni contaminantes, pertenece al poder de control marítimo de la circulación de mercancías; toma como base de su autoridad al conocimiento desarrollado por la epidemiología y la salud pública. Actúa sobre un territorio delimitado como la región de las Américas, ha normalizado la información que debe ser proporcionada por los gobiernos, y sobre la cual se tomarán las decisiones, persigue controlar el contagio, prevenir las epidemias y ofrecer seguridad a la circulación de personas y mercancías.

La diversidad de condiciones de desarrollo político y económico de los países y territorios latinoamericanos constituyeron condiciones de posibilidad de la recepción de la biopolítica como dispositivo; fueron distintos también los medios de difusión y de extensión de la biopolítica, que dieron continuidad a la regulación a través de la ley, como por ejemplo la adopción del Código Sanitario en 1924 para los países de la región de las Américas. Pero, también hay recepciones que rebasan las limitaciones materiales de la realidad económica y política, como, por ejemplo, la instauración diversa de los seguros sociales en los países latinoamericanos, en desiguales y distintas condiciones de desarrollo industrial. Otro elemento que intervino en la recepción de la biopolítica fue la diferencial presencia del Estado en el gobierno de los territorios de la región, en especial para el desarrollo de la medicina social, la higiene pública, la biopolítica en salud.

4. Recepción en la segunda mitad del siglo XX

En la segunda mitad del siglo XX se produjeron importantes acontecimientos acompañados de discursos sobre salud que con alcance mundial con seguridad influyeron en el discurso de América Latina y de Ecuador. Destaco la revolución cubana en 1960 que desencadenó el establecimiento de la Alianza para el Progreso y el Plan Decenal de las Américas en Punta del Este en 1961; la Declaración de Alma Ata en 1978 con la política ‘Salud para todos en el año 2000’.

Ante la irrupción de la Revolución Cubana en 1960, una de las respuestas continentales promovida por la Organización de Estados Americanos y el Gobierno Norteamericano, fue la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial en Punta del Este en 1961. Esta reunión decidió el “programa de acción para iniciar y llevar adelante la Alianza para el Progreso” que tuvo como propósito:

Aunar todas las energías de los pueblos y gobiernos de las Repúblicas americanas, para realizar un gran esfuerzo cooperativo que acelere el desarrollo económico y social de los países participantes de la América Latina, a fin de que puedan alcanzar un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades (Organización de Estados Americanos 1961).

Entre los objetivos, resalto el octavo:

8. Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 % de la población urbana 50 % de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades (Organización de Estados Americanos 1961).

Entre las resoluciones, encuentro en la Resolución Anexa A, que trata del Desarrollo Económico y Social, la propuesta de planes decenales para educación y salud pública. En el Anexo A2: El Plan Decenal de Salud Pública, que tiene presente: “Las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar”, recomienda a los gobiernos “medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades, defensa y recuperación de la salud”, la ejecución de “medidas de efectos inmediatos” y que, cuando lo estimen conveniente, utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en la preparación y ejecución estos planes (Organización de Estados Americanos 1961).

Promovida por la Organización Mundial de la Salud, del 6-12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata, URSS², se reunió la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que emitió su DECLARACIÓN, que además de reiterar los enunciados constituyentes de la OMS, establece la meta y el plazo de la política internacional en salud: “Salud para todos en el año 2000”, en consideración a la “necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (Alma-Ata 2012).

Destaco los puntos principales de la declaración: reitera la definición de salud de 1948 como un derecho humano fundamental y declara “que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”; declara inaceptable la desigualdad en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados; propone un Nuevo Orden Internacional para reducir esas desigualdades en salud; reconoce el derecho de participación de los pueblos “en la planificación y aplicación de su atención de salud”; reitera la obligación de los gobiernos en el cuidado de “la salud de sus pueblos” y prescribe: “que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”; define de manera general y en detalle la Atención Primaria de Salud que debe ser incorporada al sistema nacional de salud de los países y los planes de desarrollo económico y social (Alma-Ata 2012).

² Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

5. Discurso legislativo al crear el Ministerio de Salud Pública

En el Ecuador desde 1906 hasta 1998 se produjeron nueve constituciones. La reforma periódica de la Constitución y las múltiples reformas económicas, políticas y sociales promovidas y ensayadas en el país han contado con la constante influencia del discurso internacional. El alcance y profundidad de esas reformas expresan los diversos momentos en las relaciones económicas, sociales y políticas entre las fuerzas económicas y políticas del país (Moreano 1998) y de éstas con el mercado mundial y su institucionalidad internacional. Según Eduardo Estrella, esas reformas legislativas dicen de la capacidad de gobierno del Estado sobre la salud:

Durante la época colonial, la Salud Pública, en el sentido de Higiene y Policía Médica, es una obligación de los Cabildos, que regulan ciertos aspectos de la vida ciudadana como la limpieza de casas y calles, el expendio de alimentos, etc.

Una vez fundada la República en 1830, se institucionalizan las Juntas de Sanidad o Juntas Médicas, que se preocupan por la higiene de las ciudades y los puertos. Esta práctica de Salud Pública se articulará, poco a poco, a las necesidades estatales de protección de la economía y luego, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, formará parte de una red internacional de ‘limpieza’ de puertos y zonas de producción de materias primas, tal como las necesidades de expansión del capitalismo lo ordenaban” (Estrella 1980, 258-259)

En la actualidad, si bien la práctica de Salud Pública ha pasado a segundo plano propiciando la hegemonía de la atención médica directa, sus actividades son de gran importancia y se realizan en todo el país, con responsabilidad compartida entre el Ministerio de Salud y las Municipalidades... Los Municipios de las grandes ciudades, tienen un Departamento de Higiene que se encarga de controlar y vigilar los problemas relacionados con el agua potable, recolección de basura, etc. Controlar y vigilar las ventas ambulantes y ejercer acciones punitivas a través de las Comisarías de Salud y la Policía Municipal (Estrella 1980, 322).

Sobre el Ecuador, J. C. García describe la evolución de la sanidad y la medicina estatal hasta 1930 de la siguiente manera:

En 1908, durante el gobierno liberal de Eloy Alfaro –representante de los grupos agroexportadores ubicados en Guayaquil- se crea el Servicio de Sanidad Pública bajo el Ministerio del Interior. El Dr. Bolívar Lloyd, un médico norteamericano del Servicio de Salud

de Estados Unidos, y redactor de la Ley, es designado director interino y se instala en Guayaquil, cuyo puerto era el centro de interés de los capitales norteamericanos y costeños (García 1994, 106).

La revolución de julio de 1925, que lleva al poder a los grupos de terratenientes de la sierra, inicia una serie de medidas dirigidas contra el grupo agroexportador de la costa. La organización sanitaria sufre las consecuencias de este cambio y es así como, en 1925 se crea el Ministerio de Previsión Social, que incluye los ramos de trabajo, sanidad y asistencia social. La sanidad se reorganiza en dos distritos norte y sur, creándose un Consejo Superior de Sanidad instalado en Quito. En 1937, en un momento que se observa un repunte de las exportaciones de la producción costera, la Dirección de Sanidad vuelve a ser trasladada a Guayaquil.

Los cambios de localidad, de organización y de actividades, en el poder sanitario, reflejan la relación de fuerza existente, dentro del Estado, entre los capitalistas de la costa y los terratenientes feudales de la sierra (García 1994, 106).

Antes de la creación del Ministerio de Salud Pública se estableció en el Ecuador el Seguro Social, como Caja de Pensiones, para proteger a los empleados públicos, bancarios y militares, mediante la 'Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa', "expedida por el gobierno de Ayora el 8 de marzo de 1928 y publicada en el Registro Oficial No. 591 del 13 del mismo mes" (Nuñez 1992, 34). El 31 de marzo de 1937 se creó la Caja del Seguro para empleados privados y obreros industriales. El 14 de julio de 1942 se expidió la nueva Ley del Seguro Social Obligatorio (Decreto 1179) y en el mismo año el Departamento Médico, para administrar las prestaciones del seguro social de enfermedad y maternidad para todos los asegurados, inclusive los empleados públicos y de bancos y compañías del seguro privado". La Caja de Pensiones incorporó el seguro de enfermedad y maternidad en 1944 (Nuñez 1992, 206-240).

En 1963, el 19 de septiembre, se expidió el Decreto Supremo 517 que fusionó las Cajas de Previsión, la conformación de la Caja Nacional del Seguro Social y estableció que correspondía al Instituto Nacional de Previsión "ampliar y extender el régimen del seguro social obligatorio a los trabajadores agrícolas...". En 1970 se consolidó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mientras el 23 de junio se suprimió el Instituto Nacional de Previsión (Decreto Supremo 9) el 25 de julio se creó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mediante Decreto Supremo 40. En mayo de ese mismo año se inauguró el Hospital "Carlos Andrade Marín" en la ciudad de Quito (Nuñez 1992, 283-344).

En 1998 la Constitución Política de la República del Ecuador, estableció el sistema nacional de seguridad social³, y su componente fundamental: “el seguro general obligatorio que cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte”, cuya protección “se extenderá progresivamente a toda la población urbana y rural, con relación de dependencia o sin ella, conforme lo permitan las condiciones generales del sistema”⁴. “La prestación del seguro general obligatorio será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social...”⁵.

En 1967 un decreto legislativo creó el Ministerio de Salud Pública e hizo que el Ecuador dejara de ser el único país en el sur continente que a esa fecha no disponía de ese ministerio en su estructura institucional. Eduardo Estrella ubica la creación del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador dentro del período de modernización de la medicina ecuatoriana “caracterizado por los siguientes hechos: a) La creación del Ministerio de Salud; b) La reorganización del Seguro Social; y, c) La transformación de la atención médica liberal (privada) en pequeña o gran empresa” (Estrella 1980, 302). Modernización que según el mismo autor se produce como respuesta a las nuevas perspectivas de la economía internacional que:

ya no basan su acción en el modelo importación-exportación, sino que quieren crear bajo su tutela un mercado interno, las necesidades de atención de salud de la población con finalidades político-ideológicas, determinan una readecuación de la medicina nacional. Esta nueva orientación se encamina a la atención médica directa, pasando a un plano secundario las acciones sanitarias que anteriormente fueron tan importantes (Estrella 1980, 302).

la creación del Ministerio de Salud Pública, en 1967. Este Ministerio, después de un período de legitimación, entra en una etapa de desarrollo en 1972, año en el que se realiza una reorganización político-administrativa y se formula el Plan Quinquenal de Salud cuya doctrina expresa en síntesis, que ‘se trata de dar prestaciones de salud, accesibles a todas las comunidades, sin excepciones y en forma continua e integral, desde el nacimiento hasta la muerte, tratando en lo posible de conseguir como objetivo a largo plazo, que el Estado asuma la responsabilidad creciente por la protección, fomento, rehabilitación y recuperación de la

3. Artículo 56 de la Constitución Política de la República del Ecuador, 1998.

4. Artículo 57 de la Constitución Política de la República del Ecuador, 1998.

5. Artículo 58 de la Constitución Política de la República del Ecuador, 1998.

salud de sus habitantes, y se definen políticas de salud, propósitos, objetivos, programas, estrategias y metas concretas' (Estrella 1980, 304-305).

La legislación estatal de la salud, previa a la creación del Ministerio de Salud, estuvo compuesta principalmente por: el Código Sanitario expedido mediante Decreto Ejecutivo 188, publicado en el Registro Oficial N° 78, el 4 de septiembre de 1944; La Ley de Fijación de Precios de las Medicinas para Uso Humano, publicada en el Registro Oficial N° 172, el 25 de Febrero de 1964; la Ley de Control Sanitario de Alimentos, Cosméticos, Medicamentos, publicada en el Registro Oficial N° 149, el 27 de Octubre de 1966; La Ley de Farmacias (Boticas) y Droguerías, publicada en el Registro Oficial N° 152, el 10 de Noviembre de 1966.

Ya en funcionamiento, el Ministerio de Salud preparó la propuesta del Código de la Salud expedido mediante Decreto Supremo 188, publicado en el Registro Oficial 158 del 8 de febrero de 1971. Este Código de la Salud estableció la obligatoriedad de un año de trabajo rural para los egresados de las escuelas de medicina, odontología, obstetricia y enfermería para hacer efectivo el Plan de Medicina Rural aprobado en 1968.

En la década de los años 70 el Ministerio de Salud luego del Código de la Salud, implementó la planificación en salud estrategia recomendada a la América Latina desde los años 60, por los organismos internacionales de salud, para incrementar la presencia del Estado en el desarrollo del sector salud (Fassler 1980); incrementó la infraestructura tanto para acoger a médicos rurales como para dotar de hospitales o centros de salud hospital a las capitales de provincia y a los principales cantones del país.

La planificación en salud del Ministerio de Salud en aplicación del desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) se expresó a finales de la década de los 80 en la ejecución del modelo de atención familiar, integral y comunitaria denominado SAFIC que pretendió ordenar desde lo local el territorio en salud (Sacoto 2007).

Luego de la crisis económica mundial de los años 80, el cambio se expresó en el discurso de racionalización del gasto en salud y se inició la estrategia de proyectos independientes del Ministerio de Salud Pública, financiados por el Banco Mundial, el primero de ellos fue el de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud, FASBASE, para “asegurar la atención de salud para dos millones de ecuatorianos desprovistos de atención, que viven en

condiciones de pobreza y por tanto, en riesgo de enfermar y morir por problemas susceptibles de prevención o tratamiento precoz, por un sistema de servicios básicos de salud eficaz, de calidad y de bajo costo” (Sacoto 2007, 323).

El Decreto Legislativo 084 del 16 de junio de 1967 contiene dos considerandos, el primero reconoce a “la salud del pueblo” como obligación del Estado y el segundo admite las limitaciones del Ministerio de Previsión Social y Trabajo para atender el “ramo de salud pública, que necesita técnica y dedicación exclusiva para servirlo”. El Decreto Legislativo está conformado por cuatro artículos, creación, plazo para elaborar el reglamento, las transferencias presupuestarias para el funcionamiento y la fecha de inicio de su vigencia. Llama la atención, la composición del ministerio creado: “Sanidad, Asistencia Social, y los más que se relacionan con la salud en general”⁶.

El Acta N° 151 de la Sesión Ordinaria del martes 6 de junio de la Asamblea Nacional Constituyente de 1967, registra las intervenciones de los legisladores para la Aprobación de la creación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la votación fue sobre el Proyecto N° 51 “Créase el Ministerio de Salud Pública”, texto aprobado por la Comisión de Legislación de la H. Asamblea Nacional Constituyente. Consta en el Acta que se procedió mediante votación nominal por tratarse de “un asunto de suma importancia” no para la “Asamblea Constituyente que termina ya sus labores, sino para el Gobierno Interino que quedará dirigiendo los destinos del país” (Asamblea Nacional Constituyente 1967, 16). La creación del Ministerio de Salud Pública fue aprobada con el voto favorable de 42 legisladores, el voto en contra de 26, una abstención y la ausencia de 10 legisladores (Asamblea Nacional Constituyente 1967, 14 - 72).

Los legisladores que votaron en contra de la creación del Ministerio de Salud Pública representaban a la provincia del Guayas y a las provincias de la Costa, señalaron dos razones para su oposición: la una, el incremento impropio de burocracia en momentos de crisis fiscal del país, recordaron que cuando las: “...enfermedades que diezmaron realmente la población de la Costa; (...) no hubo entonces el cuidado necesario, de parte del Estado, para crear en aquella ocasión ni después el Ministerio de Salud Pública”; y la otra, la amenaza de restarle financiamiento a la Junta de Beneficencia de Guayaquil que a ese entonces se financiaba desde el presupuesto del Municipio de Guayaquil. Apoyaban sus votos contrarios

⁶ Decreto Legislativo 084 de 16 de junio de 1967, publicado en el Registro Oficial Número 149 (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

en lo que denominaban el pronunciamiento de la población de esa ciudad opuesta a la creación del Ministerio: “El pueblo de Guayaquil, sin distinción de clases sociales ni políticas, salió a las calles, en forma multitudinaria, a manifestar su oposición a la creación de ese nuevo organismo burocrático, centralista y absorbente”; a pesar de que la misma Asamblea Constituyente había ya establecido un decreto asegurando las rentas para la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Otra posición, dentro de este grupo, propuso mejorar el presupuesto del Ministerio de Bienestar Social, hasta esos momentos encargado de la salud, la sanidad o la salubridad, en lugar de crear el Ministerio (Asamblea Nacional Constituyente 1967, 14 - 72).

La mayoría de los legisladores a favor de la creación del Ministerio expresaron que la misma no significaba la disminución o eliminación de las rentas de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, debido a que, ellos, los legisladores ya tomaron previsiones para evitarla, mediante: “la decisión de constitucionalizar los derechos de las entidades autónomas del país”; reiteraron que “las instituciones de beneficencia de la Provincia del Guayas se hallan protegidas con una medida constitucional”; algunos legisladores recordaron que, “El Art. 256 de la Constitución Política que está ya en vigencia garantiza plenamente la estabilidad de centralización administrativa y económica de las Juntas de Beneficencia y de otras entidades autónomas con finalidad social o pública, que ya existen” (Asamblea Nacional Constituyente 1967, 24-25).

En las intervenciones de los legisladores a favor de la creación del Ministerio de Salud, luego de explicar que la creación del Ministerio no perjudicaba los intereses de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, encuentro expresiones del discurso internacional, de la medicina social como dispositivo de la biopolítica sobre salud.

Los riesgos y las contingencias. Los dos objetos de intervención de la medicina social están presentes en las intervenciones de los legisladores, como las situaciones de salud que según esos legisladores debería atender el Ministerio de Salud Pública: “el problema de las enfermedades endémicas”; “el índice de mortalidad infantil es uno de los más grandes (...) en América”; “...el Ecuador es uno de los países que tiene el más pavoroso problema de mortalidad infantil”; “la protección de la madre ecuatoriana (...) del niño, del infante, (...) una verdadera lacra social en el Ecuador”; “Hay que elevar los niveles de atención médica a los enfermos ecuatorianos”; “...completa desatención al enfermo (...) Porque no hay,

precisamente, una autoridad”; “El riesgo de trabajo es una amenaza permanente al trabajador” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

La promesa de seguridad ante los riesgos y contingencias. Expresada como las funciones y actividades que tenía por delante el nuevo ministerio, según los legisladores: “la prevención de las enfermedades en general”; “la disminución de los riesgos por enfermedad y muerte”; “la promoción de la salubridad en el país”; “erradicar la enfermedad, vencer la desnutrición”; “Es necesario entonces que la madre, durante la época de gestación, se halle completamente controlada, porque se está controlando la vida de un ser...”; “La buena educación para la salud (...) permitirá una educación masiva del pueblo ecuatoriano, para prevenir los riesgos y las enfermedades y mantener una salud lozana” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

La oferta de protección. Las intervenciones de los legisladores son explícitas en establecer los objetivos, o funciones de uno de los operadores del dispositivo biopolítico, a partir de preguntarse ¿Para qué se creaba el nuevo ministerio?, respondieron, para “satisfacer uno de los intereses nacionales, como es la salud pública y el bienestar social”; para “que la salud del pueblo sea resguardada en su debido valor y vaya orientada al bienestar común”; para que el Ministerio “...vaya al campo y encuentre a los campesinos necesitados de atención médica, atacados de parásitos, atacados de toda enfermedad; (...) y ahí haga su obra de redención, ahí haga su obra altruista”; para “que la madre, durante la época de gestación, se halle completamente controlada, porque se está controlando la vida de un ser...”; para propósitos políticos y económicos claramente expresados: “tendremos un pueblo fuerte, un pueblo sano, y teniendo un pueblo fuerte y un pueblo sano tendremos un Ecuador grande, un Ecuador que verdaderamente sea digno de vivir” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

Las poblaciones protegidas. Los legisladores a favor de la creación del Ministerio se pronunciaron a nombre y en representación de poblaciones específicas: “las masas campesinas (...) las masas trabajadoras (...) abandono absoluto del Estado (...); de ahí que no haya cómo esperar todavía un rendimiento eficiente y cabal en la producción a cargo de los hombres del campo y de los trabajadores”; “...el montubio en la Costa y el indio de la Sierra, desamparados de la mínima protección del Estado”; “...las gentes pobres, que viven abandonadas en sus tugurios no tienen a quien recurrir; (...) al crearse un Ministerio (...) a quien reclamar (...) la atención (..) que por no tener medios económicos no pueden ir a (...) mejores servicios asistenciales”; “salvar al pueblo de la peste, de la enfermedad y de la

muerte”; “...si es el hombre el factor fundamental de la vida de esta Patria, es fundamental que me preocupemos de él” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

La racionalidad administrativa en el gobierno de las poblaciones. Las razones administrativas que adujeron los legisladores en apoyo a la creación del Ministerio de Salud Pública fueron de centralización y unificación de las formas administrativas: “la administración de la cosa pública es más compleja; los problemas de salud requieren una atención especial”; “que las instituciones de Salud Pública actualmente atomizadas y multiplicadas (...) sean coordinadas mediante un organismo central”; “crear este Ministerio en base de los organismos de Salud Pública, actualmente existentes en el país”; “hasta 1967, existía en el Ecuador un Ministerio de Agricultura y Ganadería para proteger a los animales; (...) solamente en 1967, se creó un Ministerio de Salud Pública para proteger al hombre”; “que pudiéramos llegar a los hogares del pueblo ecuatoriano, a los hogares pobres con medicinas, con médicos gratuitos”; “Quizás el Ecuador es el único país de América que no tiene un Ministerio especializado de Salud Pública”; “...la creación del Ministerio de Salud Pública contribuirá en una mínima parte por lo menos a organizar los servicios sanitarios en el país, a comenzar aquello que los profesionales de la salud han reclamado la integración de los servicios sanitarios”; “con el avance de todas las cosas en la humanidad, aumento de población, aumento de problemas sanitarios, es menester que se cambien las infraestructuras administrativas”; “...de la Región Oriental (...) La Asistencia Social no ha llegado todavía (...) trabajadores, colonos y agricultores sufren y padecen por la falta de asistencia social, (...) de médicos, (...) de hospitales” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

Ante el argumento de los legisladores opuestos a la creación del Ministerio de Salud Pública señalando que esa creación, no solo iba a incrementar la burocracia, sino que representaría un costo importante, que no era posible apoyarla porque desfinanciaba el presupuesto general del Estado cuando el país atravesaba una aguda crisis fiscal, los legisladores a favor de la creación del Ministerio manifestaron: “ instituciones, que atienden a la Salud, deben crearse pese a su costo, (...) el servicio (...) a prestar no puede ser estimado económicamente; (...) se refiere a la Salud, (...) a la vida, (...) a la dignidad del hombre”; “...si este gasto es así, en buena hora; va encaminado a salvaguardar lo más preciado del país, el capital humano, a todos los ecuatorianos”; “el servicio de la salud que es el primer bien del pueblo, de todo pueblo”; “es deber elemental del Estado defender el capital humano, que lo sustenta y que lo rige”; “La salud del pueblo ecuatoriano es el capital principal que tenemos que defender; la

salud del pueblo ecuatoriano es quizá una de las principales finalidades que toca a los legisladores resguardar”.

Las relaciones con el poder político interno e internacional. Los legisladores que votaron por la creación del Ministerio de Salud no olvidaron señalar los apoyos institucionales internos y externos a dicha creación: “así se pronuncia la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica (...) la Oficina de Ayuda Internacional para el desarrollo del Ecuador. El mismo pronunciamiento tiene la Federación Nacional de Médicos del Ecuador”; “...por recomendaciones especiales de diversas instituciones y organismos internacionales, como son la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra, la Oficina Sanitaria Panamericana y por recomendaciones especiales de la Carta de Punta del Este” (Asamblea Nacional Constituyente 1967).

La coexistencia con formas anteriores de la política social en salud del Estado de soberanía. Algunos legisladores en apoyo a la creación del Ministerio aprovecharon la ocasión para expresar sus pensamientos acerca de la caridad, la beneficencia y la asistencia social, en especial sobre la Junta de Beneficencia de Guayaquil, más allá de asegurar que sus rentas no iban a ser afectadas: “las entidades autónomas de Guayaquil y de todo el territorio ecuatoriano, que tomaron a su cargo la defensa de la salud, con patriotismo, con sentimientos verdaderamente humanitarios, con generosidad fraterna”; “la munificencia del señorío guayaquileño al haber transformado una simple organización municipal que fue la Junta de Beneficencia de Guayaquil, nacida de una Ordenanza Municipal, en (...) la más benemérita que tiene el Ecuador, gracias a la generosidad de los guayaquileños”; “la obra extraordinaria que realiza Guayaquil en Guayaquil, cierto que no solamente en beneficio de guayaquileños sino de una gran cantidad de serranos que van en busca de trabajo a Guayaquil, (...) y necesitan de la caridad pública”; “organización a base de la contribución generosa de patricios de esa ciudad, que luego se han convertido en instituciones que viven principalmente de los impuestos en los cuales el pueblo ecuatoriano y no solamente el pueblo guayaquileño contribuye”. No faltó las críticas a los servicios médicos del Seguro Social: “a pesar de las ingentes cantidades en dinero que aportan los empleados públicos y los trabajadores asalariados, (...) no se ha atendido convenientemente la salud de ellos en los servicios médicos del Seguro Social” (Asamblea Nacional Constituyente 1967, 14 - 72).

6. Discurso legislativo acerca de la salud como derecho humano

En los años 90 se produjeron los primeros intentos de colocar en la Constitución algunos elementos que circulaban internacionalmente acerca de salud que culminaron en la Constitución del año 1998, entre esos intentos es mencionado aquel ligado al proyecto para la Modernización de la Red de Servicios de Salud, MODERSA, que pretendió “contribuir a expandir el acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos en la organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud” (Sacoto 2007, 342).

En 1998, cincuenta años después de la declaratoria de la salud como derecho humano fundamental y obligación de los gobiernos, según el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Constitución Política de la República del Ecuador reconoció el derecho a la salud para la población ecuatoriana. Más allá, de las singulares temporalidades de estas decisiones políticas, hallo en el discurso legislativo de sustento de esa declaración las manifestaciones del discurso de la medicina social, dispositivo de la biopolítica.

La Asamblea Nacional Constituyente de 1997-1998, incluyó por primera vez, salud como un derecho humano en la Sección cuarta, del Capítulo 4 De los derechos económicos, sociales y culturales, del Título III De los Derechos, Garantías y Deberes, acompañado, entre otros, de los derechos de la familia, del trabajo, de los grupos vulnerables y de la seguridad social.⁷

La Sección cuarta: De la salud, consta de cinco artículos del 42 al 46. El Artículo 42,⁸ señala los ámbitos de la garantía del derecho a la salud, los medios para alcanzarlo y los principios que sustentan la obligación estatal ante este derecho. La garantía estatal de la salud se limita a la promoción y protección los ambientes de vivienda, trabajo y vida familiar y comunitaria conforme los medios descritos a continuación: “la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud”,

⁷ Asamblea Nacional Constituyente. 1998. “*Constitución Política de la República del Ecuador*”. Riobamba.

⁸ “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

garantías con base en los principios de: “equidad”, “universalidad”, “solidaridad”, “calidad y eficiencia” (Asamblea Nacional Constituyente 1998).

La protección social a la salud. El texto acerca de la gratuidad de los “programas y acciones de salud pública”, registrado en el Artículo 43,⁹ fue uno de los más discutidos, según las Actas tanto de la Comisión Séptima encargada de salud y seguridad social,¹⁰ como de las Actas de las sesiones de la Asamblea Nacional Constituyente.^{11,12} El acuerdo fue inmediato para disponer la gratuidad de las acciones de salud pública, pero, con la participación directa del presidente de la Asamblea Nacional Constituyente, la discusión se extendió hasta acordar un texto que distinguiera la gratuidad de la atención médica específicamente para los “pobres”, sin embargo, no hubo acuerdo como lo expresa el texto final: “Los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que lo necesiten”. El párrafo siguiente del Artículo 43 estableció las funciones estatales de promoción estatal de “la cultura por la salud y la vida” a través de la educación en alimentación, nutrición a madres y niños, y en la “salud sexual y reproductiva” con la “participación” de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”.

El texto del Artículo 44,¹³ señala las funciones estatales de gobierno y control de las entidades del “sector”; el reconocimiento, respeto y promoción del desarrollo de las “medicinas tradicional y alternativas” reguladas por ley y el impulso del “avance científico – tecnológico” del “área de la salud”, “con sujeción a principios bioéticos”.

⁹ “Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”.

¹⁰ Comisión sexta de derechos sociales. Salud, Seguridad Social y Trabajo. 1998. «Acta de Sesión martes 11 de febrero de 1998.» Quito.

¹¹ Asamblea Nacional Constituyente. 1998. “Acta N° cincuenta y dos, 80-115”. Quito.

¹² Asamblea Nacional Constituyente. 1998. “Acta N° setenta y ocho, 49-50”. Quito.

¹³ “El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos”.

La racionalidad administrativa en el gobierno de las poblaciones. El Artículo 45¹⁴, dispone al Estado la organización de “un sistema nacional de salud” y señala su composición pública y privada. El Artículo 46 describe las tres fuentes de financiamiento de “las entidades públicas del sistema nacional”: “aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley”. Y concluye: “La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia”.

El texto constitucional sobre salud de 1998 establece las obligaciones estatales en salud: atender gratuitamente a todos con las acciones colectivas de salud pública financiadas incrementalmente según el crecimiento del ingreso fiscal del gobierno central; establecer las políticas, organizar y controlar los servicios públicos y privados; la población pagará por los servicios privados y quienes puedan hacerlo también pagarán por los servicios públicos destinados a quienes lo necesiten.

La previsión social. La Constitución Política de la República del Ecuador de 1998 contiene los textos de seguridad social en la Sección sexta del Capítulo 4 De los derechos económicos, sociales y culturales del Título III De los Derechos, Garantías y Deberes, consta de siete artículos del 55 al 61.

La Sección sexta De la seguridad social distingue la seguridad social, el seguro general obligatorio, el seguro social campesino y los seguros complementarios. La seguridad social, según el Artículo 55, es “deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes”, prestada con la participación de los sectores públicos y privados, para lo cual establece el “sistema nacional de seguridad”, para la “atención de las necesidades individuales y colectivas, en procura del bien común”. El seguro general obligatorio, según el Artículo 57: “será derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias”, cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte”. Este seguro “se extenderá progresivamente a toda la población

¹⁴ “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector”.

urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, conforme lo permitan las condiciones generales del sistema”. El Artículo 58 describe las características y composición del gobierno y gestión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma encargada como prestadora del seguro general obligatorio y señala “La fuerza pública podrá tener entidades de seguridad social”. El Artículo 59 dispone la asignación anual obligatoria de los aportes y contribuciones estatales en el presupuesto general del Estado y el manejo económico y financiero autónomo del seguro general obligatorio con el deber de ajustar anualmente las pensiones de jubilación según disponibilidades. El Artículo 60 amplía el alcance del seguro social campesino al señalar “será un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país”; describe su financiamiento cuatripartito: “solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales”, y “Los seguros públicos y privados (...) contribuirán obligatoriamente (...) conforme los determine la ley”; las prestaciones que ofrecerá el seguro social campesino: “salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte”. Los seguros complementarios, según el Artículo 61: “serán de carácter opcional”, para “proteger contingencias de seguridad social no cubiertas por el seguro general obligatorio o a mejorar sus prestaciones”, “Se financiarán con el aporte de asegurados, y los empleadores podrán efectuar aportes voluntarios. Serán administrados por entidades públicas, privadas o mixtas”.

Las poblaciones vulnerables y la familia. En la Sección quinta, del Capítulo 4 de los derechos económicos, sociales y culturales, la Asamblea Nacional Constituyente incorporó los derechos “De los grupos vulnerables” constituidos por “los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad (...) las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos”, para quienes se dispone “atención prioritaria, preferente y especializada”, “En el ámbito público y privado”, Artículo 47.

Esta Constitución dispuso la “obligación del Estado, la sociedad y la familia” de “promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes”, “se aplicará el principio del interés superior”, Artículo 48. Dispone que “Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad”, que:

El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad con la ley. Artículo 49.

Que el Estado adopte medidas para asegurar las siguientes garantías a niños y adolescentes, Artículo 50:

1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.
2. Protección especial en el trabajo, y contra la explotación económica en condiciones laborales peligrosas, que perjudiquen su educación o sean nocivas para su salud o su desarrollo personal.
3. Atención preferente para su plena integración social, a los que tengan discapacidad.
4. Protección contra el tráfico de menores, pornografía, prostitución, explotación sexual, uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y consumo de bebidas alcohólicas.
5. Prevención y atención contra el maltrato, negligencia, discriminación y violencia.
6. Atención prioritaria en casos de desastres y conflictos armados.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes nocivos que se difundan a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, la discriminación racial o de género, o la adopción de falsos valores.

Dispone que “Los menores de dieciocho años estarán sujetos a la legislación de menores y a una administración de justicia especializada en la Función Judicial” Artículo 51.

Esta Constitución institucionaliza la “protección integral para la niñez y la adolescencia” al disponer al Estado organice: “un sistema nacional descentralizado, encargado de asegurar el ejercicio y garantía de sus derechos”, con la participación pública y privada, y que los gobiernos seccionales formulen “políticas locales” y destinen “recursos preferentes para servicios y programas orientados a niños y adolescentes”. Artículo 52.

El Estado según el Artículo 53 de esa Constitución “garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en

especial en casos de indigencia. Conjuntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades”, el Estado, garantizará a estas personas “la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, educación, capacitación, inserción laboral y recreación; y medidas que eliminen las barreras de comunicación, así como las urbanísticas, arquitectónicas y de accesibilidad al transporte, que dificulten su movilización” y extiende esa obligación a los municipios.

Dispone, “tratamiento preferente” a las personas con discapacidad en créditos, exenciones y rebajas tributarias”. Reconoce para estas personas el derecho a “la comunicación por medio de formas alternativas, como la lengua de señas ecuatoriana para sordos, oralismo, el sistema Braille y otras”.

A las “personas de la tercera edad y a los jubilados”, el Estado garantizará el derecho a “asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios” y una “adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental”. La aplicación de estos derechos y garantías será regulada mediante una ley. Artículo 54.

La Constitución Política de la República del Ecuador de 1998 incluyó dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, la Sección tercera De la familia, Artículos 37 al 41. El Estado reconoce y protege “a la familia como célula fundamental de la sociedad”, constituida de hecho o jurídicamente, protege “el matrimonio, la maternidad y el haber familiar” y apoya “a las mujeres jefas de hogar”; establece que “El matrimonio se fundará en el libre consentimiento de los contrayentes y en la igualdad de derechos, obligaciones y capacidad legal de los cónyuges”, Artículo 37.

El Estado reconoce “los mismos derechos y obligaciones” a la unión estable y monogámica de un hombre y una mujer, libres de vínculo matrimonial con otra persona, que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley”, con los mismos derechos y obligaciones del matrimonio jurídico incluyendo la “presunción legal de paternidad, y a la sociedad conyugal”, Artículo 38.

El Estado propugna “la maternidad y paternidad responsables” y garantiza “el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y

educar”, el Estado reconoce “el patrimonio familiar inembargable” según la ley y garantiza “los derechos de testar y de heredar”, Artículo 39. “El Estado protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefes de familia, en el ejercicio de sus obligaciones”; “vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre padres e hijos”; y “Al inscribir el nacimiento no se exigirá declaración sobre la calidad de la filiación, y en el documento de identidad no se hará referencia a ella”, Artículo 40.

“El Estado formulará y ejecutará políticas para alcanzar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a través de un organismo especializado”, Artículo 41.

En el discurso legislativo ecuatoriano de la segunda mitad del siglo XX es posible observar la presencia del discurso de la medicina social como dispositivo biopolítico, pues, se asume el cuidado de salud como obligación del gobierno primero y luego como derecho humano fundamental; se declara a la salud como la ausencia de la enfermedad y la condición de bienestar en especial para la gente pobre y para los grupos vulnerables; se reconoce a la salud como condición de seguridad y paz de las poblaciones; se da mucha importancia a la autoridad estatal para la racional administración de la salud de las poblaciones. Llama la atención el énfasis en el discurso legislativo de creación del Ministerio de Salud Pública centrado en los pobres y no atendidos por el Estado y las declaraciones de universalidad de la protección social en salud en el discurso legislativo de 1998 al reconocer a la salud como un derecho humano fundamental.

El discurso legislativo de la segunda mitad del siglo XX mantiene y ratifica las tres modalidades de la medicina social, la protección social para los pobres, el seguro social para los trabajadores y la atención médica privada para quienes puedan pagarla, mantiene además una de las formas anteriores de atención a los pobres, la beneficencia. El discurso de universalidad está compuesto de la universalidad y gratuidad de la atención a los pobres, la universalidad del ahorro individual obligatorio del seguro social para los trabajadores y la universalidad del acceso según la capacidad de pago de las personas. El discurso legislativo también reconoce la prioridad de la atención a poblaciones vulnerables entre las que se incluye a la familia. El discurso legislativo ecuatoriano de la segunda mitad del siglo XX muestra el camino recorrido en la unificación y la centralización del Estado en el gobierno de la atención a la salud y en el disciplinamiento y el control de las distintas poblaciones para el cuidado de la salud.

Conclusiones

Más que conclusiones, coloco a la discusión, algunas reflexiones producidas de mi aproximación al pensamiento filosófico, a la historia de la medicina social, de mis lecturas de la *“Historia de la medicalización”*, la *“Crisis de la Medicina”*, *“Seguridad, Territorio, Población”* y el *“Nacimiento de la biopolítica”*, de Michel Foucault, y de las interpretaciones de lectores de las categorías biopolítica y dispositivo. Este trabajo me permitió situar la categoría biopolítica en el tránsito del Estado de soberanía al Estado de seguridad. Analizar, en las relaciones de la medicina con el poder político y con el pensamiento económico la genealogía de la medicina social. Leer la medicina social como un dispositivo de seguridad de la biopolítica. Mostrar algunas manifestaciones de la medicina social en el Acta de Constitución de la OMS, que luego de la Segunda Guerra Mundial, se difunde como el discurso internacional sobre salud. Describir la recepción de ese discurso en el continente americano desde los comienzos del siglo XX y la presencia en el discurso legislativo ecuatoriano en la segunda mitad del siglo XX.

Foucault propone la categoría biopolítica para comprender la relación del poder con la vida biológica y social de las poblaciones humanas, en el tránsito del Estado de soberanía al Estado de seguridad. La biopolítica corresponde a una manera de gubernamentalidad que tiene como su objeto a las poblaciones humanas. La industrialización, el crecimiento de las ciudades con poblaciones numerosas, y la expansión del comercio internacional, configuran históricamente la aparición de las poblaciones como objetos de gobierno. El tránsito del Estado de soberanía al Estado de seguridad es acompañado y acompaña, el tránsito del biopoder hacia la biopolítica, biopoder entendido como la decisión soberana sobre la muerte de los súbditos, y la biopolítica entendida como la necesidad de cuidar la vida de las poblaciones. La función del Estado de seguridad, ante la nueva situación creada por la emergencia de poblaciones ya no ligadas a la tierra, es ofrecer seguridad a las poblaciones ante los riesgos vitales y las contingencias propias del trabajo asalariado que ponen en peligro la existencia. Seguridad para desarmar los posibles conflictos sociales de las poblaciones pobres y depauperadas especialmente en demanda de protección.

Las relaciones de la medicina con el poder político se fortalecen intercambiando poder. El poder político necesita gobernar a las poblaciones hacinadas en las ciudades, contener los conflictos posibles, ofrecer recursos humanos aptos para la producción, el consumo y el

intercambio. La medicina con base científica, demanda mayor autoridad, como la medicina oficial, por los diversos mecanismos y estrategias configurados en las relaciones con las poblaciones productos de la industrialización, la urbanización y el comercio internacional, a través de las medicinas: estatal, urbana y laboral. La medicina interviene en ese intercambio con la experiencia en disciplinar a las poblaciones en el manejo de las epidemias y en la prevención de enfermedades; con el conocimiento de las condiciones ambientales de las ciudades, para la producción, el consumo y la circulación de bienes y servicios; con la relación privilegiada construida con la mujer para la educación sanitaria de la familia y, con la información registrada del comportamiento y las variaciones de los procesos biológicos de las distintas poblaciones. La medicina con base científica aporta el concepto normal, como la medida o el instrumento para la normalización de la vida biológica y social de la especie humana. La medicina aporta a la seguridad estatal los mecanismos para el control y manejo de los miedos e incertidumbres producidos por los riesgos al contagio de la enfermedad, y a la muerte y, la seguridad ante las incertidumbres por las contingencias o riesgos de perder el trabajo y el salario por enfermedad, accidente, vejez, maternidad. A cambio el Estado reconoce a la medicina con base científica como la medicina oficial, con autoridad para intervenir ya no sólo en el control de las enfermedades y de las epidemias, sino en las condiciones que afectan a la salud de las poblaciones, como medicina social.

En el Estado de seguridad, las relaciones de la medicina social con el poder político están sustentadas por el pensamiento económico liberal, que promueve como necesario, el cuidado de la salud de las poblaciones, consideradas como recursos o bienes para la producción, el consumo y el intercambio, bienes que producen la riqueza y el bienestar de los países. Y, como función del Estado, la unificación del territorio y la centralización del gobierno y también, la generación de las condiciones para la existencia de los mercados de producción, de consumo, y del mercado laboral especialmente.

El Estado asume como su responsabilidad la protección social de las poblaciones que no pueden pagar directamente por ella. El Estado regula la previsión o seguridad social, obliga el ahorro individual, mediante relación contractual con organismos de intermediación financiera, para la protección ante las contingencias o riesgos del trabajo. El Estado regula el libre acceso y compra de servicios para la población que puede pagar por ellos. Esas formas o mecanismos institucionales de la atención a la salud disciplinan y normalizan la vida biológica y la vida social de las poblaciones a quienes gobierna, mediante el cumplimiento de la norma para

mantener las condiciones de vida y de trabajo, de consumo y de intercambio. La atención a la salud contribuye a la estabilidad y continuidad de la vida económica y del régimen político vigente. Es un medio para la paz social.

Un dispositivo de seguridad tiene como límite a una disciplina como la medicina social y se reproduce en su discurso, que pone a prueba al dispositivo mismo y a la capacidad de gobierno del receptor. Ese discurso, como consta en el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, está presente en el discurso internacional sobre la salud, acordado luego de la Segunda Guerra Mundial. El discurso internacional sobre salud declara a la salud como derecho humano fundamental y obligación de los gobiernos, define la salud como el completo estado de bienestar, establece a la salud como condición de seguridad y paz de las poblaciones, identifica grupos poblacionales vulnerables con prioridad para la atención, reconoce la importancia del conocimiento y la comunicación para la acción gubernamental. Declarar a la salud derecho humano fundamental y obligación de los gobiernos, promete seguridad universal a las poblaciones, mediante la protección social, la previsión y el libre acceso y compra de servicios de salud y, demanda de las poblaciones disciplina para acceder a la universalidad, organizada en sistemas de salud. Este discurso que promete universalidad y promueve como estrategia la universalización, es aquello que Foucault denomina, la medicalización mediante la normalización.

En la primera mitad del siglo XX, el discurso de la medicina social, dispositivo de la biopolítica está presente en el pensamiento social latinoamericano acerca de salud, y en el control sanitario a través de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Código Sanitario. En la segunda mitad del siglo XX, el discurso de la medicina social se hace presente en el discurso legislativo ecuatoriano, a propósito de la creación del Ministerio de Salud Pública y del reconocimiento constitucional del derecho a la salud.

El discurso legislativo ecuatoriano declara universalizar la atención a la salud, mediante la beneficencia y la protección estatal a la población pobre, la previsión o seguridad social a la población de trabajadores y libertad de elección a la población en capacidad de comprar servicios, dispone priorizar en el derecho a la salud a las poblaciones vulnerables y a la familia y, promete racionalidad en la organización estatal para atender la salud y la enfermedad de las poblaciones.

En resumen, la medicina social funciona como dispositivo biopolítico para el gobierno, control, producción y reproducción de las poblaciones capaces de producir, consumir e intercambiar, por medio de la protección estatal a los pobres ante los riesgos de la vida en sociedad, la regulación estatal de la previsión o seguridad social de las poblaciones asalariadas, ante las incertidumbres y contingencias del trabajo y el libre acceso a la oferta privada de servicios para la población en capacidad de comprarlos. La seguridad estatal es posible a través de la normalización y de la policía médicas y tiene como horizonte la medicalización de la vida biológica y social de los humanos. La medicina social como un dispositivo privilegiado del poder estatal contribuye significativamente a evitar o diluir los conflictos sociales, contribuye a la continuidad y a la estabilidad de los regímenes políticos. Estas conceptualizaciones sobre la salud y la medicina influyen en las políticas e instituciones relacionadas con la atención a la enfermedad y con la atención a la salud hasta el día de hoy, y están presentes en el discurso internacional acerca de salud.

Sin embargo, constatar que los pensamientos filosófico, político, económico y médico, proceden del supuesto: la salud es lo opuesto a la enfermedad, que con base en ese supuesto encargan la salud a la medicina, que ese encargo tiene como una de las consecuencias la configuración de la medicina social como un dispositivo de biopolítica, instrumental al Estado de seguridad, me permiten proponer la eliminación de esa oposición mediante la construcción del concepto de la salud como algo distinto de la enfermedad, para hacer posible la inversión de las funciones del Estado de seguridad, para que, en lugar de cuidar la salud de las poblaciones, cuide, vigile, controle la salud de la producción, del consumo y del intercambio para seguridad de la salud de las poblaciones.

Lista de referencias

- Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. 1925. “Organización Panamericana de la Salud”. *www.paho.org*. Último acceso: 25 de Marzo de 2017. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/30862>.
- Agamben, Giorgio. 2015. *¿Qué es un dispositivo? seguido de El amigo y de La Iglesia y el Reino*. Traducido por Mercedes Ruvituso. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Alma-Ata, Declaración de. 2012. “Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud”. Último acceso: 3 de Enero de 2018. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm 8/10/2012.
- Asamblea Nacional Constituyente. 1967. “Acta N° 151”. Quito.
- Asamblea Nacional Constituyente. 1998. “Constitución Política de la República del Ecuador”. Riobamba.
- Badiou, Alain. 2010. *Filosofía del presente*. Traducido por Alejandrina Falcon. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Bedregal, Ramiro. 1984. *Tratado general sobre seguridad social. Doctrina, historia, legislación, proyecciones*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Canguilhem, Georges. 1982. *Lo normal y lo patológico*. 4ª edición en español. Traducido por Ricardo Potschart. México D. F.: Siglo XXI Editores.
- . 2004. *Escritos sobre la medicina*. 1ª edición. Traducido por Irene Agoff. Buenos Aires: Amorrortu.
- Castro, Edgardo. 2016. *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica*. Gonnet, Buenos Aires: UNIPE: Editorial Universitaria.
- . “Teoría de la biopolítica”. (Seminario, Universidad Central del Ecuador Quito: 19-21 de julio 2018).
- Deleuze, Gilles. 2008. “Epílogo. El ascenso de lo social”. En *La policía de las familias*, de Jacques Donzelot, 215-222. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud Decimoctava edición. 2014. “<http://www.who.int/governance/es/>”. Organización Mundial de la Salud. Último acceso: 5 de Marzo de 2017. http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html.
- Donzelot, Jacques. 2008. *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Duarte Nunes, Everardo. 1994. «Presentación. » En *Pensamiento social en SALUD en América Latina.*, de Juan César García, xiv. México D.F.: Interamericana McGraw Hill - Organización Panamericana de la Salud.

- El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. 1999. “OPS OMS”. Organización Panamericana de la Salud. Último acceso: 21 de diciembre de 2016. <http://www.paho.org>.
- Esposito, Roberto. 2006. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Traducido por Carlo R. Molinari Marotto. Buenos Aires: Amorrortu.
- Estrella, Eduardo. 1980. *Medicina y estructura socio-económica*. Quito: Editorial Belen.
- Fassler, Clara. 1980. *Planificación - Salud y Desarrollo*. Santo Domingo: SESPAS.
- Foucault, Michel. 1976. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educación Médica y Salud* 10 (2): 152-170.
- . 1977. “Historia de la medicalización”. *Educación médica y salud* 11 (1): 3-24.
- . 1979. “Nietzsche, la genealogía, la historia”. En *Microfísica del poder*, de Michel Foucault, editado por Julia Varela y Fernando Alvarez-Uria, traducido por Julia Varela y Fernando Alvarez-Uria, 7-30. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
- . 1992. *El orden del discurso*. Traducido por Alberto González Troyano. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- . 1999. *Estética, Ética y Hermenéutica*. Traducido por Ángel Gabilondo. Barcelona: Paidós.
- . 2006. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2010. *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2012. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 2ª edición revisada. Traducido por Francisca Perujo. México: Siglo XXI editores.
- . 2016. “La voluntad de saber”. En *Historia de la sexualidad I*, de Michel Foucault, traducido por Ulises Guiñazú. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- . 2016. *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gadamer, Hans-Georg. 1996. *El estado oculto de la salud*. Traducido por Nérida Machain. Barcelona: Gedisa.
- García, Juan César. 1994. *Pensamiento social en SALUD en América Latina*. México D. F.: Interamericana McGraw Hill Organización Panamericana de la Salud.

- Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Primera época: 1902-1920. 1953. “Nuestra historia”. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Último acceso: 21 de diciembre de 2016. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6087> .
- Instituto Superior de Medicina I.M. Séchenov. Cátedra de higiene social y organización de la salud pública. 1986. *Higiene social y organización de la salud pública*. Editado por A.F. Serenko y V. V. Ermakov. Traducido por Isabel V. Danílova. Moscú: Editorial Mir.
- Lemke, Thomas. 2017. *Introducción a la biopolítica*. Traducido por Lidia Tirado Zedillo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1953. “Organización Panamericana de la Salud (OPS)”. www.paho.org. Último acceso: 21 de Diciembre de 2016. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6087> .
- McKeown, Thomas, y C. R. Lowe. 1981. *Introducción a la medicina social*. Traducido por Rutilio Riestra. México: Siglo veintiuno editores, S. A.
- Moreano, Alejandro. 1998. “La nueva Constitución: neoliberalismo con rostro social”. En *La Nueva Constitución Escenarios Actores Derechos*. Quito: Ciudad.
- Nuestra historia. s.f. “Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)”. OPS OMS. Último acceso: 21 de diciembre de 2016. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=220&lang=es#historia.
- Núñez, Jorge. 1992. *Historia del Seguro Social Ecuatoriano*. Editado por Jorge Núñez y Fernando Sánchez Muñoz. Quito: Artes Gráficas Señal- IESS.
- Organización de Estados Americanos. 1961. “Carta de Punta del Este”. Editado por JSTOR. *El Trimestre Económico (Fondo de Cultura Económica)* 28 (112 (4)): 735-764.
- Rancière, Jacques. 1996. *El desacuerdo. Política y filosofía*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- . 2006. *Política, policía, democracia*. Editado por Iván Trujillo. Traducido por María Emilia Tijoux. Santiago: LOM Ediciones.
- Rosen, George. 1985. *De la Policía Médica a la Medicina Social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Traducido por Humberto Sotomayor Salas. México: Siglo Veintiuno Editores.

- Sacoto, Fernando. 2007. “Los modelos de atención de salud en Ecuador”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, de OPS/MSP/CONASA, 317-349. Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Salinas Araya, Adán. 2014. *La semántica biopolítica. Foucault y sus recepciones*. Villa del Mar: CENALTES Ediciones EIRL.
- Sigerist, Henry. 1984. *Hitos en la historia de la salud pública*. 2ª edición en español. Traducido por Mario Usabiaga. México: Siglo veintiuno editores.