

BIOPOLÍTICA: FOUCAULT Y DESPUÉS. CONTRAPUNTOS ENTRE ALGUNOS APORTES, LÍMITES Y PERSPECTIVAS ASOCIADOS A LA BIOPOLÍTICA CONTEMPORÁNEA

BIOPOLITICS: FOUCAULT AND AFTER. COUNTERPOINTS BETWEEN SOME CONTRIBUTIONS, LIMITS AND ASSOCIATED PERSPECTIVES ON CONTEMPORARY BIOPOLITICS

Eugenia Bianchi

Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA

eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

Resumen

Los estudios que tributan a la perspectiva de la biopolítica inaugurada con Foucault abarcan actualmente un nutrido conjunto de objetos de estudio empíricos y de reflexiones teóricas. Como un aporte al campo de los estudios sobre la biopolítica, el objetivo del artículo es analizar algunas de estas producciones, enfocadas en las transformaciones de la biomedicina contemporánea, sistematizando nociones como cuerpo, tecnologías, gubernamentalidad, normalización y medicalización, entre otras; que constituyen matrices de inteligibilidad de la problemática en dicho campo.

Empleando métodos analítico-interpretativos sobre bibliografía específica, el artículo recupera y desarrolla el modo como Foucault consideró estos tópicos, marcando los aportes de trabajos posteriores desde diversos autores, y las reformulaciones que tales estudios suponen.

Las conclusiones incluyen que algunos conceptos analizados marcan las líneas de continuidad de estos trabajos con los aportes foucaulteanos, a la vez que con sus contribuciones dejan expuestos los límites de tales aportes.

Además, se concluye que la perspectiva de Foucault constituye una referencia insoslayable para aproximarse a los fenómenos relacionados con las transformaciones en la biomedicina contemporánea, pero que es necesario ampliar el horizonte de sus contribuciones teóricas y metodológicas para dar cuenta de la complejidad y novedad de tales fenómenos.

Abstract

Foucault's biopolitic perspective-based studies include a wide range of empirical studies and theoretical considerations. As a contribution to the biopolitic studies' field, the article analyzes some of these productions focused on contemporary biomedicine's transformations, from notions which constitute intelligibility matrixes of the problem, as body, technologies, governmentality, normalization and medicalization, among others.

Using analytical-interpretative methods on specific bibliography, the article recovers and develops the way Foucault considered these topics, pointing the contributions of later works from diverse authors, and its reformulations.

Conclusions include that some concepts of these works draw continuity lines with foucauldian contributions, and at the same time expose his work's limits.

It is also concluded that Foucault's perspective is an unavoidable reference to tackle contemporary biomedicine's transformations, but it is also necessary to expand his theoretical and methodological contributions' horizon to account for these phenomena's complexity and novelty.

Palabras clave: biopolítica, tecnologías, gubernamentalidad, normalización, biomedicina.

Key words: biopolitic, technologies, governmentality, normalization, biomedicine.

Introducción

En parte gracias a la extensión de abordajes tributarios del andamiaje teórico-metodológico foucaulteano, las perspectivas vinculadas al concepto de biopolítica se posicionan en la actualidad en un plexo de líneas de análisis e investigación, que abarcan multiplicidad de objetos de estudio y reflexiones teóricas. Dentro de estas perspectivas, aquellas enfocadas en las transformaciones de la biomedicina contemporánea ofrecen nociones teóricas, herramientas metodológicas y ejemplos empíricos de extrema riqueza, con los que se describen y explican procesos que tienen diferentes áreas de incumbencia, apelan a variados actores e instituciones, se sirven de distintos conceptos y saberes, se expresan en diversas prácticas, utilizan múltiples tecnologías, y suponen éticas y moralidades específicas.

El artículo tiene por objetivo recuperar y sistematizar algunos tópicos canónicos empleados por estas perspectivas, como cuerpo, tecnologías, gubernamentalidad, normalización y medicalización, poniendo en relación los aportes de Foucault, con trabajos más recientes respecto de tales tópicos. Como expongo en el artículo, lejos de presentarse como una mera apropiación y repetición de instrumentos del pensador francés, las producciones vinculadas al estudio de las transformaciones recientes en la biomedicina que lo toman como base suponen una tarea de análisis crítico y creativo.

En esta tarea, a la vez que recuperan algunas herramientas analíticas del pensamiento foucaulteano, también dejan expuestos sus límites, sea porque en sus desplazamientos y reconfiguraciones la biomedicina contemporánea inaugura nuevos territorios y problemáticas, o porque las lógicas que concibió Foucault ya no resultan adecuadas para describir los procesos que se suscitan.

Para ello, a lo largo del artículo recupero y desarrollo el modo como Foucault consideró cada tópico, marcando los aportes de trabajos posteriores desde diversos autores, y las reformulaciones que tales estudios suponen.

Biopolítica, cuerpo y tecnologías

En su análisis del concepto, Castro (2011) reseña dos nociones diferentes que remiten a la biopolítica. La primera consigna una idea de la sociedad, el Estado y la política en términos biológicos, en la que la existencia del conflicto social deriva en la metáfora de la sociedad como organismo patológico. Esta concepción predominó hasta la década de 1970, cuando los trabajos de Foucault producen una inflexión, y se desarrolla la segunda noción.

En particular, Castro (2008) ubica cuatro líneas de tratamiento del concepto de biopolítica en Foucault que, aún convergiendo en la perspectiva relacional e histórica que forma parte del núcleo de sus postulados, presentan algunos rasgos distintivos.

La primera aparece en el marco de la descripción de diferentes casos nacionales de formación de la medicina social (Foucault, 1996, 2001a). Vinculando la medicina con las tecnologías del cuerpo y la economía, Foucault sostiene que el capitalismo, antes que implantar una medicina individualista, instauró el carácter social de la medicina moderna. Para ello, previamente debió dotar al cuerpo de una dimensión social. La relevancia otorgada en el capitalismo al cuerpo como fuerza de trabajo (Marx, 2002; De Gaudemar, 1991) da cuenta de esta importancia de lo somático, que convierte al cuerpo en una realidad biopolítica, y a la medicina en una estrategia biopolítica.

En la segunda, plantea las dos dimensiones del cuerpo: el cuerpo-máquina y el cuerpo-especie (Foucault, 2002a). Rabinow y Rose (2006) rescatan que el poder sobre la vida en este diagrama bipolar desarrollado por Foucault tiene en la disciplina el polo anatómico-político del cuerpo humano (que busca maximizar fuerzas e integrarlas en sistemas eficientes), y en la regulación el polo biopolítico de la población (que aspira a controles regulatorios enfocados en el cuerpo como especie). Sin explicitarlo, estas dos dimensiones se articulan en la sociedad de normalización, como blanco de técnicas disciplinarias e individuales, y de regulación poblacional, respectivamente. En este caso, la biopolítica es considerada a partir de la

noción de soberanía, y en relación al derecho soberano de hacer morir o dejar vivir.

La tercera incorpora el tema de la biopolítica *“como una transformación biologicista y estatal de la guerra de razas”* (Castro, 2008: 189).

Finalmente, en la cuarta línea, Foucault inscribe la problemática de la biopolítica en el análisis de la racionalidad política moderna, en el marco del estudio de la razón de Estado y el liberalismo (Foucault, 2006; 2007). Siguiendo esta línea, ambas dimensiones se encuentran vinculadas, de modo que el estudio de la segunda es condición para una comprensión de la primera.

Sin embargo, yendo más allá de Foucault, y como remarca Lemke (2011a) el derrotero conceptual de la biopolítica tiene un siglo de antigüedad. La extensión de sus ámbitos de incumbencia llevó a que hoy sea considerada clave en investigaciones acerca del conocimiento biológico y las innovaciones biotécnicas, designando preocupaciones éticas, desafíos políticos e intereses económicos. La noción emerge inicialmente en la primera mitad del siglo XX, como un concepto organicista del Estado, y posteriormente en los textos nazis en los que la regulación de la vida y de la raza adquirió un rol preponderante.

A la vez, el concepto de biopolítica en Foucault ha dado lugar a dos líneas principales de recepción: desde la filosofía social y la teoría política (enfocándose en la modalidad de la política), y desde la sociología de la ciencia y la medicina, y la antropología cultural, junto con las teorías feministas y los estudios de género (interesándose en la sustancia de la vida).

La primera línea se interroga acerca de cuestiones como el fundamento de la biopolítica y la movilización de fuerzas contrapuestas que suscita, o la distinción histórica y analítica entre formas de representación y articulación política¹. La segunda línea surge como resultado de los desarrollos biotécnicos, merced a los cuales el cuerpo viviente es entendido como un texto a leer y a reescribir. La pregunta por la biopolítica en estos casos se posiciona de un modo diferente: acerca de cuál es el significado de la vida al interior de una constelación político-técnica.

En la ciencia política angloamericana, la biopolítica surge como nuevo campo de investigación en la década de 1960, siendo su principio fundamental

que la acción política descansa en leyes biológicas, y que éstas deben ser consideradas por los científicos políticos y sociales. Para este abordaje, el análisis de las estructuras y procesos políticos exige la aplicación de conocimiento de las ciencias del comportamiento, la biología social, y la teoría de la evolución.

El abordaje de Foucault, en cambio, propone un análisis del proceso histórico donde la vida emerge como el objeto de estrategias políticas, planteando una discontinuidad en la praxis política que se aparta de la presunción de leyes originarias y ahistóricas. Rabinow y Rose otorgan centralidad a la dimensión estratégica, entendiendo que la biopolítica en Foucault *“abarca todas las estrategias específicas e impugnaciones acerca de las problematizaciones colectivas de la humanidad: vitalidad, morbilidad y mortalidad; bajo las formas de conocimiento, regímenes de autoridad y prácticas de intervención que son deseables, legítimas y eficaces”* (Rabinow y Rose, 2006: 197)².

Siguiendo la segunda línea de recepción de la biopolítica foucaultiana, pueden ubicarse las investigaciones recientes en biociencias, que analizan desarrollos tecnológicos relacionados con la ‘vida misma’. Un argumento de estas perspectivas es la constatación del reemplazo de la idea de un origen natural de los organismos vivos, por la idea de una pluralidad artificial de entidades vivientes, más próximas a ser consideradas artefactos técnicos que entidades naturales.

Otro elemento postulado por estos abordajes es la ruptura con la idea de un cuerpo integral, que va de la mano de las tecnologías biomédicas. Esta ruptura inaugura la metáfora en la que el cuerpo ya no es permeable como un sustrato orgánico, sino como un software molecular que puede ser leído y reescrito. La molecularización y la digitalización abren un nivel de intervención corporal que permite nuevas combinaciones de elementos heterogéneos, fundando modos de intervención médica y biológica que no sólo modifican procesos metabólicos, sino que los reprograman, modelando formas de vida desconocidas con anterioridad.

Tecnologías biomédicas, una aproximación

Lo antedicho posiciona a las tecnologías biomédicas como elemento relevante en torno a las reflexiones actuales acerca de la biopolítica. La tecnología surge como concepto decimonónico, oriundo de la industria química, y se refiere a los conocimientos científicos aplicados a la producción de mercancías. En este sentido, es diferente de la técnica, asociada a la idea de conocimientos adquiridos por la experiencia, y que se ponen al servicio de la transformación de una cosa o proceso (Murillo, 2012). Las tecnologías avanzan en dos vectores, ya que como conocimiento científico son aplicadas *“al desarrollo de mercaderías y a la constitución y gobierno de sujetos”* (Murillo, 2013: 45).

Tomando la científicidad como elemento destacado, otros trabajos se ocupan de este concepto. En su análisis de las políticas de la vida, por ejemplo, Rose (2007) es más laxo para conceptualizar a las tecnologías, contemplando a aquellas aplicadas al diagnóstico, como el diagnóstico por imágenes (PET³, SPECT⁴, NMRI⁵, rayos-X) o las distintas pruebas genéticas; a las utilizadas en terapéuticas farmacológicas y en los nuevos métodos de administración de fármacos; y a las cirugías (ya sea de trasplante o reconstrucción de órganos, articulaciones o huesos). También incluye maquinarias para respiración mecánica, diálisis, transfusiones o quimioterapia, y aparatología como prótesis, marcapasos e implantes dentarios, entre otros.

Sin embargo, las tecnologías para Rose abarcan más que estos artefactos, equipamientos y técnicas. Adoptan la forma de un ensamble: son híbridos de conocimientos, instrumentos, relaciones sociales y humanas, sistemas de juicio, edificios y espacios, fundamentados en presupuestos y supuestos sobre los seres humanos, con su impacto en la creación de subjetividades, identidades y biosociabilidades (Iriart e Iglesias Ríos, 2013). Rose sostiene que las tecnologías *“producen y enmarcan a los seres humanos como tipos de entidades cuya existencia está simultáneamente capacitada y gobernada por su organización al interior de un campo tecnológico”* (Rose, 1998: 27), subrayando que las tecnologías tienen historias, y que reconocerles

esa historicidad implica admitir que su aplicación transforma lo que se considera humano, y que confrontan las nociones de normalidad y patología.

Las tecnologías contribuyen a sistematizar la aplicación del conocimiento científico, pero de ningún modo son ética o moralmente neutras. Su aplicación tampoco se agota en un uso médico, ya que está influida por intereses médicos y políticos preexistentes, y normas culturales e ideas dominantes acerca de la orientación de las investigaciones. Además, no todas las tecnologías son máquinas, aunque están sistematizadas y codificadas, y tienen entre sus propósitos no sólo la generación de nuevo conocimiento, sino también objetivos médicos, políticos y económicos, entre otros.

La implementación de tecnologías biomédicas también desafía lo que se considera normal y moralmente correcto, a la vez que abre estas categorías a nuevas interpretaciones, en la medida en que los cálculos y estimaciones estadísticas que tributan a la definición de dichas categorías pueden reactualizarse periódicamente, en función de nuevos resultados de investigación (Lock y Nguyen, 2010).

Rose menciona a las tecnologías reproductivas⁶, que no sólo desafían la pericia de los médicos en el uso de instrumentos y técnicas. También generan - en especialistas y en pacientes- formas de pensar acerca de la reproducción, involucrando rutinas y rituales, como así también la aplicación de técnicas para realizar los exámenes, y de prácticas estandarizadas para visualizar las imágenes y asesorar a los pacientes, entre otras muchas cuestiones.

El contorno de las tecnologías depende además de transformaciones más amplias del conocimiento biomédico, de estructuras legales, de valores culturales y de identidades sociales (Ortega, 2010). Lock y Nguyen postulan que las tecnologías biomédicas no son entidades autónomas, y que su puesta en práctica no tiene efectos uniformes. Cada elección profesional acerca del uso de una tecnología específica se combina con variables sociales más amplias, que incluyen valores y restricciones culturales, trayectorias históricas y vida cotidiana de los actores en los que se aplica, objetivos locales y globales específicos, desigualdades económicas, y las regulaciones a estas tecnologías.

Rose cita también los trasplantes de órganos⁷ que movilizan técnicas quirúrgicas sofisticadas y formas específicas de relación entre donante y receptor, nuevas ideas acerca del fin de la vida, y nuevos sentidos para pensar el cuerpo propio y el derecho a la cura, motorizando complejas relaciones financieras e institucionales para realizar los procedimientos vinculados.

Otro elemento sobre el que advierte es que las biotecnologías médicas no están orientadas solo hacia la prevención o la cura de enfermedades; aspiran además al control de los procesos vitales del cuerpo y la mente, y por ello son tecnologías de optimización. Esto significa para Rose que las tecnologías de la vida contemporáneas no están constreñidas por los polos de salud y enfermedad. Los polos permanecen, pero las intervenciones actúan en el presente para asegurar el estado óptimo y el mejor futuro posible de los sujetos.

Otra particularidad de las tecnologías médicas es que se vinculan con la materialidad del cuerpo; no pueden ser escindidas del cuerpo material de los pacientes sobre los que se practican (Lock, Young, Cambrosio, 2000). Un cuerpo que la biomedicina contemporánea vislumbra ya no sólo en el nivel molar (como conjunto de órganos y sistemas), sino en el nivel molecular, de las células y moléculas que pueden ser identificadas, aisladas, manipuladas, movilizadas y recombinadas en nuevas prácticas de intervención (Rose, 2007).

Las tecnologías biomédicas tienen un rol fundamental en la definición y tratamiento de los padecimientos mentales; muestra de ello son los avances en las neurociencias, cuya expansión en las últimas décadas obedece, en buena medida, al desarrollo de nuevas tecnologías de imágenes que posibilitan el acceso al cerebro (Rose y Abi-Rached, 2013; Ortega, 2010).

Tecnologías y corporalidad. Repensando el cuerpo foucaulteano

Para Lemke (2011a) a la luz de las transformaciones ocurridas en la biomedicina, las formulaciones foucaulteanas encuentran su límite en tres aspectos. El primero es que hoy las biotecnologías habilitan procesos que permiten la recombinación y desmantelamiento del cuerpo con características y alcances no previstos en la época en la que Foucault realizó sus trabajos.

Merced a estos nuevos procesos, el cuerpo no se concibe como punto de partida autoevidente, ni como un sustrato orgánico sobre el cual es susceptible una intervención, sino como un efecto de los antedichos avances tecnocientíficos, que establecen un nuevo nivel de intervención.

De modo que, junto con los polos de la anatomopolítica y de la regulación de la población enunciados por Foucault, se ubicaría este nivel complementario de política molecular, no enfocada en lo anatómico ni en lo fisiológico, sino en lo genético como dimensión individual, pero que simultáneamente ubica al individuo en un *pool* genético.

El segundo límite consiste en que las transformaciones en las tecnologías biomédicas también reconfiguran la relación entre vida y muerte. Desde el momento en que porciones del cuerpo, órganos, sangre, médula y células de un individuo continúan existiendo en los cuerpos de otros individuos, la concepción acerca de la muerte se torna debatible. En relación al donante y entre otros aspectos, conmociona y reformula la idea de cuerpo integral; y en relación a los receptores, puede significar un mejoramiento en su calidad de vida, o una prolongación de la misma.

Estos materiales biológicos están sujetos a ritmos orgánicos diferentes a los del cuerpo: pueden almacenarse como información en bancos de datos genéticos, bancos de sangre o de ADN, y cultivarse en células madres potencialmente inmortales. De manera que la aplicación de estas tecnologías convierte a la muerte en una categoría y una realidad desmantelable y flexible.

Los trasplantes instauran definiciones como muerte encefálica, operacionalizada en protocolos e instrumentos de medición -como la escala de Glasgow- que dividen a la muerte en regiones corporales y puntos en el tiempo, entre otros aspectos.

Las decisiones acerca de la vida y la muerte no se limitan a la soberanía del Estado; también autoridades médico-administrativas toman a su cargo esta potestad, definiendo qué es la vida humana, cuándo se inicia y cuándo finaliza. Como expresa Lemke: *“(d)e un modo completamente novedoso, la tanatopolítica se convierte en parte de la biopolítica”* (Lemke, 2011a: 171). Más aún, el cuerpo de un paciente con muerte cerebral adquiere un valor específico,

por los órganos que pueden donarse. Y para que estos órganos se mantengan en condiciones, los pacientes son conectados a maquinarias especiales, incluso con posterioridad al diagnóstico de muerte cerebral. De esta manera, las tecnologías de respiración mecánica crean una 'entidad híbrida' (Lock y Nguyen, 2010: 42) muerta y viva a la vez, y que exhibe algunos signos vitales, como respiración, temperatura, metabolización de nutrientes o excreción, aunque cerebralmente puede no cumplir los parámetros para considerarse con vida.

El tercer límite marcado por Lemke es que el concepto de biopolítica en Foucault se orienta a individuos y poblaciones humanas, lo cual resulta en dos problemas. El primero es que no da cuenta de cómo la gestión ecológica y el discurso medioambiental se inscriben en la reproducción de la especie humana. Lemke considera que se requiere extender el concepto de biopolítica, para incluir la administración y control de las condiciones de vida en general, y la consecuente problematización de la naturaleza y el medio ambiente. Por otro lado, la reconfiguración de los cuerpos antes esbozada inicia una tendencia a la disolución de las fronteras epistemológicas y normativas entre humanos y no humanos. Dado que la vida puede reducirse a una estructura genética, las diferencias entre ambos quedan marcadas por una cuestión de intensidad expresiva, vinculada a la gradualidad: la diferencia entre una y otra es del orden de lo gradual y no de lo categorial⁸.

Las tecnologías y estrategias de optimización biomédica ofrecen elementos para padecer menos enfermedades y vivir más tiempo, planteando la posibilidad de que la condición humana no se conciba como resultado del proceso evolutivo natural, sino como el frágil producto de las tecnologías, y el blanco de luchas y tensiones entre interpretaciones y demandas sociales y culturales, pero también políticas y económicas.

Biopolítica, tecnologías y gubernamentalidad

Los abordajes de la biopolítica interesados en la sustancia de la vida recuperan también otras herramientas del pensamiento foucaulteano, contemplando un amplio rango de prácticas que pueden entenderse como tecnologías biomédicas. De hecho, la noción de biopoder en Foucault describe los modos en los que se ejerce el gobierno bajo la forma de tecnologías que no derivan de máquinas, pero que están sistematizadas y codificadas, y que generan nuevos conocimientos, y objetos para la administración de esos conocimientos.

Foucault introdujo la noción de tecnologías del yo en su análisis de dos contextos históricos diferentes: “1) *la filosofía grecorromana en los dos primeros siglos antes de Cristo del bajo imperio romano, y 2) la espiritualidad cristiana y los principios monásticos desarrollados en el cuarto y quinto siglos del final del alto imperio romano*” (Foucault, 1990: 50). En los períodos por él trabajados, la filosofía se extendió más allá del sistema de pensamiento, para abarcar también una serie de prácticas, dispositivos, saberes, discursos y enunciados que incluyeron ejercicios espirituales, dieta y formas de auto-control, relacionados con técnicas específicas que los hombres utilizan para entenderse a sí mismos.

Analiza entre otras, el accionar de las tecnologías del yo, considerando que todas constituyen matrices de la razón práctica. Las tecnologías del yo “*permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto grado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad*” (Foucault, 1990: 48). Otras tecnologías que destaca son las de poder, “*que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto*” (idem). Precisamente, la articulación de las tecnologías de dominación de los otros, y las del yo, que refieren a uno mismo, configuran la gubernamentalidad.

La perspectiva de la gubernamentalidad tiene acentuadas implicancias en un amplio rango de disciplinas académicas, incluyendo la criminología, la teoría política, la sociología y la psicología, y ha generado cuantiosa innovación teórica y de investigación empírica. En 1986 se publicó en castellano (Varela y

Álvarez-Uría) y en 1991 en inglés (Burchell, Gordon y Miller) la clase del seminario de 1978 en la que Foucault trata la noción. Los estudios en gubernamentalidad tienen anclaje en Australia, Gran Bretaña y Canadá, denominándose esta red como anglofoucaultianos (De Marinis, 1999; Grinberg, 2007), una definición que a su vez suscita estudios críticos (Grondona y Haidar, 2012).

Esta red produjo numerosos aportes al concepto desde diversos campos de análisis, como la criminalidad, la salud mental, la teoría política, el desempleo, la seguridad, y la ética de gobierno liberal (Burchell, 1993; Dean, 1995, 1996; O'Malley, Weir, Shearing, 1997; Miller y Rose, 1990; Rose, 1993; Valverde, 1996). Publicaciones más recientes revisan las limitaciones, especificidades, aportes y críticas al concepto, remarcando las particularidades y consecuencias de emprender análisis con esta perspectiva; en ocasiones, desde investigaciones empíricas (Rose, O'Malley, Valverde, 2006; Collier, 2009; Nadesan, 2008).

En contextos de habla hispana, el trabajo de De Marinis (1999) analiza la gubernamentalidad como contribución a una sociología de lo post-social. Murillo (2008, 2011) y colaboradores (2006), trabajaron el concepto en el marco del análisis de la cuestión social. También el estudio de Grinberg (2007), quien recupera producciones de los anglofoucaultianos, y Haidar (2005), y Grondona y Haidar (2012) quienes analizan críticamente los estudios en gubernamentalidad desde la cuestión del poder político. Un reducido grupo de teóricos sociales ingleses (entre quienes se destacan Rose, Miller, Burchell y Gordon) sistematizó y desarrolló desde la década de 1980 algunos elementos, centrando el análisis en las ciencias "psi" y en la vida económica (Rose, O'Malley y Valverde, 2006).

La noción de gubernamentalidad fue utilizada por Foucault para trabajar la genealogía histórica de los modos de gobierno liberal y las tecnologías de poder, incluyendo como marco de comprensión de los problemas y soluciones al mercantilismo, el liberalismo del *laissez-faire*, el liberalismo del Estado de bienestar, el ordoliberalismo y el neoliberalismo.

A su vez, el concepto de gobierno tiene en Foucault un sentido estrecho y uno amplio. El estrecho remite a la conducción de las conductas, a la forma de actividad orientada a moldear, guiar o afectar la conducta de las personas. El sentido amplio refiere al gobierno como actividad que concierne tanto a la relación del yo consigo mismo, como a las relaciones interpersonales privadas que involucran formas de control o guía, relaciones con instituciones sociales y comunidades, y también a las relaciones atinentes a la soberanía política (Gordon, 1991).

La gubernamentalidad se manifiesta en una doble dimensión microfísica y macrofísica del poder, en una duplicidad que traza una modalidad analítica análoga a la realizada en el análisis del biopoder, al designar formas de poder ejercidas tanto sobre personas específicas en su calidad de seres vivos, como en los sujetos en tanto miembros de una población.

La biopolítica ejemplifica lo que Foucault denominó reversibilidad estratégica de las relaciones de poder, o de los modos en los que los términos de la práctica gubernamental pueden convertirse en focos de resistencia. El gobierno, desde esta perspectiva, describe los esfuerzos para alcanzar fines sociales y políticos, con cálculos sobre las fuerzas, actividades y relaciones de los individuos que constituyen una población. La gubernamentalidad es el terreno común de las formas modernas de racionalidad política, en términos del cálculo y la maximización de fuerzas de la sociedad.

Para Rose, los interrogantes expuestos por la gubernamentalidad marcan el campo en el cual las ciencias sobre la vida, sus sistemas conceptuales, modalidades de explicación, evidencias, pruebas y formas de *expertise* juegan un rol destacado. Estos elementos ejercieron sus propios efectos, articulando y transformando los problemas y preguntas iniciales, y retroalimentando los lenguajes, clasificaciones, debates y modos de evaluación, diagnóstico y tratamiento ya existentes.

A la vez, para gobernar a la población se necesita conocer a los gobernados, y se depende del conocimiento en al menos dos sentidos. Por un lado, gobernar una población requiere aislarla como un sector de la realidad,

identificar ciertas características y procesos adecuados, resaltar sus rasgos y enumerarlos de acuerdo a ciertos esquemas explicativos.

Pero además, como señalan Grondona y Haidar en América Latina *“la muerte de jóvenes ciudadanos [cumple una función central] no sólo en la emergencia de los neoliberalismos de la periferia, sino en su reproducción cotidiana, bajo las figuras del ‘gatillo fácil’ o, la más global, políticas de ‘tolerancia cero’”* (Grondona y Haidar, 2012:169). A la vez, y como destacan las autoras, las experiencias de dictaduras genocidas en Latinoamérica, antes que excepciones, se constituyeron en laboratorios de experimentación, y funcionaron en muchos casos como antesala ineludible del neoliberalismo.

Por otro lado, gobernar requiere del conocimiento en tanto se necesita información de la población, poniendo de relieve rasgos específicos de la misma, como material en crudo del cálculo. El conocimiento toma aquí una forma material ineludible, ya que es preciso traducir fenómenos como nacimientos, muertes, matrimonios, enfermedad, riqueza y pobreza, tipo de trabajo y de dieta, en materiales sobre los que opere el cálculo político. El cálculo depende de procesos de inscripción que según Rose, convierten el mundo en rastros numéricos, bajo la forma de reportes escritos, cuadros, mapas, gráficos y demás marcadores.

Estos rastros numéricos constituyeron insumos fundamentales para el desarrollo de saberes fundados o asociados a la estadística, y vigorizaron tecnologías que hoy se aplican al diagnóstico y tratamiento (Hacking, 1991). Además, estos rastros numéricos son durables, transportables, comparables, contrastables y acumulables. En este marco la estadística, erigida históricamente como ciencia del Estado, brindó conocimientos y métodos que ampliaron el relevamiento de rastros numéricos a cuestiones como el crimen, la delincuencia o la locura, configurando lo que Rose denominó una topografía moral de la población.

Rose marca dos cuestiones relevantes en relación al análisis desde la biopolítica. La primera es que numerosos aspectos subjetivos de la vida humana se convirtieron en elementos para la comprensión de la economía, la

organización, la prisión, la escuela, la fábrica y el mercado laboral. El segundo es que la *psyche* humana misma se convirtió en un dominio susceptible de gobierno sistemático para el logro de objetivos sociopolíticos. Las disciplinas “psi” ofrecieron un vocabulario nuevo para viejos imperativos como la educación, la cura, la reforma y el castigo, contribuyendo al despliegue de procesos, conceptos, dispositivos, tecnologías, saberes, prácticas, instrumentos y problemas vinculados a estos imperativos.

Medicina, medicalización y normalización

Medicina, medicalización y normalización son también conceptos imbricados en el pensamiento de Foucault con los de biopolítica, biopoder y gubernamentalidad. Desde su perspectiva, la medicina es entendida como estrategia de poder que se vincula con dispositivos de diversa índole, en operaciones que incluyen articulaciones, colonizaciones, tensiones y luchas específicas en casos históricos concretos.

Para Foucault, a partir del siglo XVIII y al menos hasta mediados del siglo XX, la medicina se constituye en el corazón de las estrategias tendientes a la normalización de cuerpos individuales y sociales, incluyendo como dispositivos directos a la familia y la escuela, y tomando como objeto de su intervención, entre otros, a figuras dispares como la infancia, las mujeres o individuos con sexualidades divergentes de la heteronormativa.

Foucault toma a los discursos y prácticas médicas como eje que atraviesa sus estudios de las sociedades de soberanía, disciplina y seguridad. Sin explayarse en las características de estas nociones, sí vale mencionar que, además de las precisiones vertidas en *Vigilar y Castigar* (2002b), resultan útiles las clases recopiladas en *El poder psiquiátrico* (2005), *Defender la sociedad* (2000) y *Seguridad, territorio, población* (2006), donde realiza contrapuntos conceptuales entre ellas, y las emplea para el análisis de casos puntuales.

Tomando estos materiales, desde el andamiaje conceptual erigido por Foucault se entiende que, en pos del cumplimiento de sus objetivos estratégicos, las disciplinas están codificadas con la lógica de la normalización. A diferencia de la soberanía, el discurso disciplinario no es el discurso de la ley,

de la regla como efecto de la voluntad soberana. Tanto los saberes y aparatos de saber que las enmarcan, como los múltiples campos de conocimientos a los que dan origen y robustecen, están regidos por el discurso “*de la regla natural, vale decir, de la norma*” (Foucault, 2000: 45). Y el espacio teórico que opera como correlato de este discurso disciplinario no es el del derecho, como ocurre en la soberanía, sino el de las ciencias humanas, que se sostienen en un saber clínico⁹.

Sin embargo, las disciplinas y sus estrategias médicas no operan solas, porque se vinculan con otro sistema descrito, el de la soberanía. Tanto la disciplina como la soberanía constituyen elementos destacados en su análisis del poder, en un vínculo caracterizado por la integración. En particular señala que “... *estamos entrando en un tipo de sociedad donde el poder de la ley está en tren no ya de regresar, sino de integrarse a un poder mucho más general: groseramente, el de la norma (...). Hemos devenido una sociedad esencialmente articulada en torno a la norma*” (Foucault, 2001b: 75).

Sin embargo, aunque ambos elementos actúan conjuntamente, lejos están de exhibir un funcionamiento armonioso. La tensión se suscita porque tienen principios distintos (uno la ley, otro la norma), y además existe una tendencia a la colonización, de parte de las técnicas y procedimientos disciplinarios, hacia las técnicas y procedimientos de la ley y el derecho. Frente a esta rispidez, identifica la existencia de un discurso árbitro, que es precisamente el discurso médico. Las estrategias tendientes a ampliar la incumbencia de la medicina, y a la medicalización general de las conductas, aspiran a aliviar las tiranteces existentes entre soberanía y disciplina, sin que por ello se subsuma una en la otra.

A la vez, así como existen estrategias médicas de tipo disciplinario, también las hay impulsadas desde lo que denominó alternativamente seguridad, regulación o gobierno, entre otros. Estos mecanismos integran las nociones de población y de biopolítica, en las que confluyen problemas políticos, científicos, biológicos y de poder. La incorporación de la población a las preocupaciones del gobierno se corresponde con una economía de poder cuyo interés está centrado en previsiones, estimaciones estadísticas y

mediciones globales, frente a las cuales el modelo soberano de la familia no ofrece adecuación analítica (Foucault, 2006).

Como mecanismos difieren de los disciplinarios, porque no apuntan a un adiestramiento del cuerpo individual. Y aunque también buscan maximizar y extraer fuerzas, las tecnologías que despliegan se basan en la regulación de poblaciones, tomando en cuenta procesos biológicos globales para asegurar tal regularización, e interviniendo en el nivel de las determinaciones de los fenómenos generales de la vida (natalidad, mortalidad, fertilidad). Su discurso es también el de la norma, pero no en los términos en los que la concibe la disciplina (esto es, como regla natural) sino como regulación de conjuntos poblacionales.

Así como la disciplina se relaciona con la soberanía, también lo hace con estos mecanismos de seguridad, porque los intentos por gobernar a la población implican, además del manejo de la masa colectiva de fenómenos, otras características como la profundidad, la minucia y el detalle, todos en el núcleo de los procedimientos disciplinarios. Foucault ubicó a ambos como tecnologías del cuerpo, pero la disciplina aplica tecnologías en las que el cuerpo se individualiza como organismo dotado de capacidades, y los mecanismos de regulación se valen de tecnologías en las que los cuerpos son reubicados en procesos biológicos de conjunto.

De manera que, como operan en niveles diferentes, los dos mecanismos se articulan sin excluirse. Esta articulación es posible porque ambos se manejan por una misma codificación, la que otorga la norma, habilitando una circulación que oscila entre lo disciplinario y lo regularizador, para controlar tanto el orden del cuerpo, como los acontecimientos aleatorios de la multiplicidad biológica.

Desde esta perspectiva, no sólo la soberanía y la disciplina no se extinguen cuando se implementan las técnicas de gobierno, sino que cumplen papeles de vital importancia, sea como palancas, como auxiliares, o como instrumentos para que funcione el arte de gobernar. El cumplimiento de estos roles, además, se produce a costa de profundas transformaciones en sus mecanismos de funcionamiento¹⁰.

La medicalización y la medicina se presentan así como procesos, estrategias, discursos y saberes que tornan visibles las posibilidades de articulación, tensión y transformación en las funciones de estos modos de ejercicio del poder.

Todo esto conlleva una estructura de teorización, no organizada en torno al reemplazo de una sociedad de soberanía por una de disciplina, o de una sociedad de disciplina por una sociedad de gobierno. Foucault habló de un triángulo que contempla soberanía, disciplina y gestión gubernamental, para dar cuenta de una serie de estructuras complejas y móviles, con técnicas también variables, y según correlaciones específicas entre mecanismos jurídico-legales, disciplinarios y de seguridad.

Con este trasfondo analítico, desde el siglo XIX la medicina opera como nexo, como correa de transmisión entre procesos que involucran al cuerpo individual y al cuerpo de la población. La medicina además actúa como técnica política de intervención, y produce sus propios efectos de poder –tanto disciplinarios como regularizadores-.

De esta organización argumentativa deriva la noción de *biopoder*, como la forma de poder que en el siglo XIX tiene a la vida como blanco de su ejercicio, abarcando la superficie que va “*desde lo orgánico hasta lo biológico, desde el cuerpo hasta la población, gracias al doble juego de las tecnologías de disciplina, por una parte, y las tecnologías de regulación, por la otra*” (Foucault, 2000: 229). La biopolítica es entendida como forma específica de ejercicio del poder, orientada a la vida, que tanto histórica como analíticamente presenta las dos dimensiones antedichas, de disciplinamiento del cuerpo individual y de regulación de la población. La combinatoria de estas dimensiones operó como premisa para el establecimiento del capitalismo de los Estados nacionales, creando cuerpos productivos económicamente, útiles militarmente y obedientes políticamente.

Esta capacidad de la medicina de atravesar tanto a la disciplina como a la regulación ocurre porque entre ambos mecanismos existe un sustrato común: la norma, que es aplicable tanto a cuerpos individuales como a poblaciones. Por eso, equiparar disciplina y normalización restringe el alcance

analítico del esquema foucaulteano. La disciplina es un elemento de la sociedad de normalización, pero también la regulación cumple su papel. Y en ambas, la medicina aparece con fuerte gravitación. La medicina, el discurso médico y las prácticas médicas, han hecho un aporte sustancial a los procesos de normalización, en el cruce entre soberanía, disciplina y seguridad, articulando o arbitrando entre tecnologías que actúan en diferentes niveles.

Foucault trazó también algunas líneas para situar distintas modalidades de normalización. A efectos de esquematización teórica, estilizó diferencias entre la normalización que lleva adelante la disciplina, y la que conducen los mecanismos de seguridad. En la disciplina, se parte de una norma que distribuye las posibilidades, y en torno a esa distribución ordenada previamente se imputa y distingue lo normal de lo anormal.

A diferencia de la disciplina, los mecanismos de seguridad realizan un señalamiento de lo normal y lo anormal, de las diferentes curvas de normalidad efectivas, y la operación de normalización consiste en hacer interactuar esas diferentes distribuciones de normalidad, procurando que las más desfavorables se asimilen a las más favorables. El mecanismo de seguridad parte de lo normal, y se vale de ciertas distribuciones consideradas más normales o favorables. Y esas distribuciones servirán de norma. La norma aparece como un juego de distribuciones diferenciales. Lo normal es lo primero, y la norma se deduce de él, se establece y cumple su papel operativo a partir del estudio de las normalidades.

El poder médico, entonces, está en el corazón de la sociedad de normalización. Al devenir la norma el criterio de demarcación de los individuos, la medicina -como la ciencia por excelencia de lo normal y lo patológico- fue considerada "*la ciencia reina*" (Foucault, 2001b: 76), y sus efectos pueden observarse en diversos aparatos, entre los que incluye a la familia, la escuela, la fábrica, los tribunales, la sexualidad, la educación, el trabajo, el crimen. La medicina adquiere una función social general, que es la de investir al derecho; se ramifica sobre él, y lo hace funcionar.

Rose (2007) plantea un cambio relacionado con la normalización, señalando que las intervenciones de la medicina solían realizarse en pos de

curar patologías, reencauzar conductas desviadas o impulsar estrategias biopolíticas a través de la modificación de estilos de vida. Hoy día, en el marco de las políticas de la vida, se configura un proceso de personalización (*customization*), de la mano de la transformación de los destinatarios de tales intervenciones, algunos de los cuales se presentan como consumidores que deciden acceder a diferentes tecnologías de mejoramiento, en base a deseos guiados por el mercado y no por necesidad médica, con un fuerte componente de narcisismo, trivialidad o irracionalidad.

Sin embargo, entiendo que el modo de considerar las intervenciones de la medicina de Rose, no debiera conducir a suponer que la normalización dejó de operar, ni bajo la modalidad disciplinaria, ni bajo la reguladora ya que, como señalé, ambas cumplen funciones específicas en configuraciones problemáticas particulares.

De la medicalización a la biomedicalización

Otra de las líneas vinculadas a la biopolítica la constituyen los estudios de los procesos de medicalización de la sociedad. La medicalización surge como perspectiva crítica de análisis a fines de la década de 1960 y principios de la siguiente, desde la sociología de la salud, y la filosofía e historia de la salud. El concepto fue acuñado por Zola, en referencia a la expansión de la profesión médica a nuevos dominios, especialmente en lo relativo a problemas considerados espirituales, morales, legales o criminales (Amaral de Aguiar, 2004). Los aportes subsiguientes de diferentes autores contribuyeron a comprender las relaciones entre medicina, sociedad, salud y enfermedad.

Uno de los aportes más valiosos de la perspectiva foucaultea reside en la inscripción del proceso de medicalización en modalidades de gestión de las poblaciones en los Estados capitalistas, cuyas configuraciones específicas tienen características que varían históricamente. En dichas gestiones, la díada normal-anormal jugó un rol clave para determinar las medias y desvíos poblacionales, y la medicina actuó como matriz para el desarrollo de teorías

pedagógicas, psicológicas y criminológicas, expresadas en tecnologías que interpelaron a los sujetos en términos del par normal-patológico.

Foucault explicó las transformaciones en la medicina moderna acontecidas desde el siglo XVIII utilizando la lógica del desbloqueo (Foucault, 1996) y considerando que la medicina occidental despega de su estancamiento científico-terapéutico recién a partir de las décadas de 1720 y 1750. Desde entonces, la medicina amplía su campo de acción, y la identificación de esta dinámica expansiva del accionar médico es un elemento en el que el análisis foucaulteano y las perspectivas de la medicalización logran un punto en común capital.

En esta ampliación, la medicina incluye en sus discursos y prácticas una serie de nuevos elementos. Dichos elementos le permiten trabar una relación nueva con los sujetos de gobierno, articulando estratégicamente a la población, el hospital, y toda una red de escritura acerca de los enfermos y las enfermedades. Foucault liga estos desplazamientos en el objeto de la medicina tanto a una práctica política, como a un conjunto de especificidades interdiscursivas producidas simultáneamente en disciplinas diversas como la biología, la economía y la lingüística.

Desde 1970, sin embargo, algunos aspectos de la medicalización sufrieron modificaciones. Entre ellos, los actores involucrados en el proceso, ya que con anterioridad al período, las fuerzas más importantes eran los médicos, los movimientos sociales y grupos de interés, y algunas actividades organizacionales o interprofesionales (Conrad y Leiter, 2004). Como resultado de los cambios operados en la medicina, otros actores antes laterales, hoy contribuyen ineludiblemente al proceso de medicalización.

La problemática en el siglo XXI se caracteriza por no enfocarse en la influencia de los médicos o de los reformadores de leyes, ni en los descubrimientos médicos y científicos. El eje está puesto en la creación de mercados, y su impacto en la medicalización (Conrad, 2005). Aunque los actores involucrados son similares, la potencia de cada uno es diferente. Con las transformaciones en el escenario médico, se verifica un cambio de

predominio, de los profesionales médicos hacia el mercado (Conrad y Leiter, 2004).

En esta configuración, el derecho a la salud se retraduce en términos de consumo. Y este predominio del mercado, al inscribirse en el proceso de medicalización, trae aparejado el ocultamiento de su inherente dimensión social, traduciendo los reclamos y demandas de salud como adquisición de servicios de salud, y planteando el acceso a medicamentos y tratamiento como la elección de opciones disponibles -en términos también mercantiles- de cada consumidor individual.

Más ampliamente, la noción de consumidor puede pensarse siguiendo las consideraciones de Foucault acerca de la generalización del modelo del *homo oeconomicus* a cualquier forma de comportamiento, propia del neoliberalismo norteamericano. Como señala, “*el homo oeconomicus es un hombre eminentemente governable*” (Foucault, 2006: 310), lo cual tiende sugerentes líneas de análisis con la reflexión acerca del papel que la medicalización cumple como estrategia general de normalización y gobierno de los cuerpos.

Otro cambio reposa en el vínculo entre tecnología y medicalización, existente desde el desbloqueo mismo del proceso. Sin embargo, aunque la tecnología facilitaba la medicalización, no formaba parte de su proceso primario. Un cambio que marcan diversos autores (Conrad, 2007; Moynihan y Cassels, 2007; Cabral Barros, 2007) es que las industrias farmacéuticas y biotecnológicas se convirtieron en actores principales de la medicalización.

A la luz de estas transformaciones, algunos trabajos reformulan la medicalización como biomedicalización (Clarke, Mamo, Fishman, Shim y Fosket, 2003), basándose en el concepto de biopoder foucaulteano y en las nociones de bioidentidades y biosociabilidades desarrolladas por Rabinow. Iriart e Iglesias Ríos (2012) listan algunos desplazamientos en el acento de ambos procesos, señalando que así como la medicalización se enfoca en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización concibe a la salud como un mandato moral donde el control,

la vigilancia y la transformación personal están internalizados. Esto la diferencia de la medicalización, orientada al control creciente de la naturaleza.

La biomedicalización además, contribuye a la creación de nuevas subjetividades, identidades y biosociabilidades, por la masiva accesibilidad, tanto a tecnologías biológicas, como a la información acerca de enfermedades y trastornos, sean estos nuevos, antiguos o redefinidos.

Sin embargo, medicalización y biomedicalización no se reemplazan; son procesos que coexisten temporal y espacialmente. Viejos tópicos de la medicalización se reformulan y son incluidos en procesos de biomedicalización. Estos tópicos no se extinguen, sino que se reconfiguran, porque la biomedicalización no traza líneas, sino que anuda actores, estrategias, tecnologías, saberes y prácticas de modos cambiantes y no unitarios.

De los elementos listados por Clarke *et al.* para analizar la biomedicalización, se destacan la salud, el riesgo y la vigilancia; y la tecnología y la científicidad. Respecto del primer aspecto, así como la medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico a situaciones que previamente no se consideraban problemas de salud; la biomedicalización, en cambio, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia de parte de los individuos mismos, porque no requiere necesariamente la intervención médica: *“(n)no se trata, solamente, de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología”* (Iriart e Iglesias Ríos, 2012: 1012).

Este desplazamiento impacta en las estrategias de prevención e intervención, como lógicas de aproximación a los problemas, y se manifiesta en dos vectores principales: el del riesgo y el de la susceptibilidad (Rose, 2007) que a su vez pueden articularse con la noción de peligrosidad (Castel, 1986), dando lugar a dinámicas específicas en los procesos de diagnóstico y tratamiento (Bianchi, 2013).

Como marcan Clarke *et al.* (2003) la biomedicalización va a la salud misma, y la salud se convierte en un objetivo individual, una responsabilidad social y moral de ser y mantenerse saludable, inscribiéndose en una rutina de intervención biomédica. El foco no es ya la enfermedad o la discapacidad,

porque la salud no está dada de base o por defecto, sino que es algo a trabajar, un proyecto en curso compuesto por *performances* públicas y privadas. En esta lógica, la vida sana se convierte en un mandato de trabajo y dedicación, autodisciplina, promoción y mantenimiento.

Un corolario de esta exhortación a la salud son las prácticas de riesgo y la autovigilancia. Ambas dimensiones moldean las tecnologías, los discursos y los espacios en los que acontece la biomedicalización. Ambas también se construyen mutuamente, porque los riesgos se calculan y evalúan para racionalizar la vigilancia, y a través de la vigilancia se conceptualiza y estandariza el riesgo, en cálculos y algoritmos más precisos. La lógica misma del “estar en riesgo”, por un lado prescinde de la manifestación de síntomas específicos, y por otro insta una gradación de la ocurrencia de la enfermedad, antes que la presencia o ausencia de la misma.

La medicalización tiene una tendencia dual. Una es la medicalización cooptativa, que refiere a la expansión de la jurisdicción de la medicina moderna, y su extensión a áreas de la vida previamente no consideradas médicas. La otra tendencia es la de disciplinamiento y exclusión, que remite a las acciones de la medicina que erigen barreras al acceso a instituciones médicas y recursos, tanto para individuos como para poblaciones.

En línea con esta idea, algunos autores se refirieron a la multiplicación de modos diferenciales de gestión de las poblaciones, como correlato de las transformaciones en las estrategias de biopoder acontecidas desde la década de 1970. De Marinis (1998) acuñó la noción de ‘estrategia bifurcada’, con polos en el disciplinamiento-inclusión social, y el control-modulación-exclusión. Castel (1986) postuló la idea de una ‘sociedad dual’, a doble velocidad, con sectores hipercompetitivos y con exigencias de racionalidad económica, y otros marginales, donde se depositan quienes no ingresan en los circuitos anteriores. Sin embargo, la biomedicalización como proceso no se da de modo dual sino estratificado: las tendencias a la cooptación y exclusión persisten y se complejizan crecientemente en diferentes niveles y configuraciones problemáticas. La tecnocientifización de las intervenciones se extiende, pero mientras algunos manifiestan una intervención biomédica excesiva en sus

vidas, otros son privados de cuidados básicos. Entre estas dos realidades, se delinean múltiples vinculaciones de los individuos y las poblaciones con las tecnologías biomédicas.

Así como en los '70 se erigió el complejo médico-industrial (Iriart, 2008; Oliveira Mendonça y Camargo, 2012), la biomedicalización da pie a un concepto paralelo: el complejo biomédico de tecnoservicios; un complejo multinacional y globalizado que modela el pensamiento acerca de la vida social y sus problemas, que enfatiza la investigación corporativa y privatizada antes que la estatal, y que se fortalece de la mano de las innovaciones tecnocientíficas. Esto implica que las transformaciones económico-políticas del sector biomédico abarcan desde movimientos macro estructurales (de industrias y corporaciones) hasta cambios mezo y micro (en las prácticas concretas de salud y medicina).

Un aspecto adicional es el del cuerpo. La biomedicalización conduce a la transformación de los cuerpos e identidades, y a la creación de nuevas identidades, individuales y colectivas. El cuerpo ya no es visto como relativamente estático, inmutable, y foco del control, sino como flexible y capaz de ser reconfigurado y transformado. En consecuencia, las oportunidades e imperativos para la biomedicalización se extienden más allá de sólo regular y controlar lo que los cuerpos pueden y no pueden, deben y no deben hacer, para enfocarse también en evaluar, mejorar, reformar, reconstituir y, en última instancia, transformarlos para diversos propósitos, incluyendo nuevas identidades.

Por lo expuesto, para Clarke la biomedicalización fomenta lo que Rose (1998) denominó 'prácticas divisorias': algunos individuos, cuerpos y poblaciones se perciben como necesitados de tecnologías disciplinarias e invasivas, dado que se definen por una genética, una demografía y/o por conductas riesgosas. Otros son vistos como especialmente merecedores de los beneficios de la personalización biomédica y sus novedosos dispositivos, dado que se definen por su buena genética, su valor demográfico y su comportamiento dócil.

A modo de cierre

El andamiaje teórico-metodológico de Foucault ofreció coordenadas para reflexionar acerca de algunos tópicos y procesos sociales, históricos y actuales. En algunos casos, esas coordenadas y matrices suponen aportes que en la actualidad mantienen su vigencia analítica y pueden ser retomados, ampliados y complementados por otras perspectivas. Tal es el caso de nociones como biopoder, gubernamentalidad, normalización, tecnologías o medicalización, revigorizadas a partir de trabajos como los de Rose, Lemke, Lock, Conrad, Clarke o Iriart, entre tantos otros, que desde sus propios enfoques introdujeron nuevos conceptos y aristas, como política molecular, *customization* o biomedicalización. Estos autores también han aplicado lógicas de análisis que enfocan en la conformación de mercados de salud, o los nuevos actores involucrados, conjugando aportes de otros trabajos para dar cuenta de nuevos procesos como la biomedicalización.

A la vez, otras categorías que forman parte de la batería de conceptos que Foucault empleó en sus análisis, como tecnologías, cuerpo o salud, se han expandido más allá de las fronteras del pensamiento foucaulteano, a la luz de las enormes transformaciones de la biomedicina. En estos casos, ceñirse a sus aportes resulta restrictivo y es imperioso ampliar su perspectiva con estudios realizados desde otros abordajes más recientes, sea que tomen o no a Foucault como referencia, porque estudian procesos y entramados noveles.

Las líneas enunciadas coinciden en el énfasis en señalar estrategias múltiples y diversificadas para diferentes poblaciones, grupos e individuos. Frente a este panorama, el artículo ofreció elementos para fundamentar que, para analizar las transformaciones de la biomedicina, sigue siendo relevante emplear un abordaje que recupere premisas centrales del andamiaje foucaulteano, pero que es a la vez necesario abrir el horizonte de las observaciones planteadas por Foucault, para habilitar un análisis de las torsiones y reacomodamientos que han sufrido procesos y conceptos, a fin de incorporar nuevos elementos que surgen de las complejas situaciones suscitadas por las transformaciones en la biomedicina contemporánea.

Referencias Bibliográficas

- ÁLVAREZ-URÍA, Fernando y VARELA, Julia. (1986). *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- AMARAL DE AGUIAR, Adriano. (2004). *A psiquiatria no divã. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BIANCHI, Eugenia (2012). "El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental". *Espacios Nueva Serie.7* (1), 84-97.
- BIANCHI, Eugenia. (2013). Gubernamentalidad, tecnologías y saberes. Una genealogía de los saberes profesionales acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la infancia (1994-2012). Tesis de Doctorado. UBA. Fac. de Cs. Sociales. (Inédito).
- BIANCHI, Eugenia y LORENZO, Gimena. (2013). "La recuperación es para obedientes'. Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3 (1), 1-36.
- BURCHELL, Graham. (1993). "Liberal government and techniques of the self". *Economy and Society*, 22 (3), 267-282.
- BURCHELL, Graham; GORDON, Colin y MILLER, Peter. (1991). *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- CABRAL BARROS, José Augusto. (2007). "Nuevas tendencias de la medicalización". *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.
- CASTEL, Robert. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela (Comps.), *Materiales de Sociología crítica* (pp. 219-243). Madrid: La Piqueta.
- CASTRO, Edgardo. (2006). *El vocabulario de Michel Foucault*. Bernal: UNQ.
- CASTRO, Edgardo. (2008). "Biopolítica: de la soberanía al gobierno". *Revista Latinoamericana de Filosofía*. Vol. XXXIV. 2, 187-205.
- CASTRO, Edgardo. (2011). *Lecturas foucaulteanas. Una historia conceptual de la biopolítica*. Buenos Aires: UNIPÉ.

- CLARKE, Adele E.; MAMO, Laura; FISHMAN, Jennifer R.; SHIM, Janet K.; FOSKET, Jennifer Ruth. (2003). "Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine". *American Sociological Review*, 68, 161-194.
- COLLIER, Stephen J. (2009). "Topologies of Power: Foucault's Analysis of Political Government beyond 'Governmentality'". *Theory Culture Society*, 26, 78-108.
- CONRAD, Peter. (2005). "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14.
- CONRAD, Peter. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- CONRAD, Peter y LEITER, Valerie. (2004). "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- DAS, Veena (2000). The practice of organ transplants: networks, documents, translations. En Margaret Lock; Allan Young y Alberto Cambrosio (Comps.), *Living and Working with the new medical Technologies. Intersections of Inquiry*. (pp. 263-287). Cambridge: Cambridge University Press.
- DE GAUDEMAR, Jean Paul. (1991). Preliminares para una genealogía de las formas de disciplina en el proceso capitalista de trabajo. En Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela (Comps.), *Espacios de Poder* (pp. 85-121). Madrid: La Piqueta.
- DE MARINIS, Pablo. (1998). "La espacialidad del Ojo miope (del Poder)". *Archipiélago. Cuaderno de crítica de la cultura*, 34-35, 32-39.
- DE MARINIS, Pablo. (1999). Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos (O un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo). En Ramón Ramos Torre y Fernando García Selgas. (Eds.) *Globalización, riesgo, reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea* (pp. 73-103). Madrid: CIS.
- DEAN, Mitchell. (1995). "Governing the unemployed self in an active society". *Economy and Society*. 24 (4), 559-83.

- DEAN, Mitchell. (1996). "Putting the technological into government". *History of the human Sciences*, 9 (3), 47-68.
- FOUCAULT, Michel. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, Michel. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- FOUCAULT, Michel. (2000). *Defender la Sociedad*. Argentina: FCE.
- FOUCAULT, Michel. (2001a). La politique de la santé au XVIII^e siècle. En *Michel Foucault. Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 13-28). France: Quarto Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. (2001b). L'extension sociale de la norme. En *Michel Foucault. Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 74-79). France: Quarto Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. (2002a). *Historia de la sexualidad*. T.I. Argentina: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel. (2002b). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Argentina: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel. (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Argentina: FCE.
- FOUCAULT, Michel. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Argentina: FCE.
- FOUCAULT, Michel. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Argentina: FCE.
- GORDON, Colin (1991). Governmental rationality. An Introduction. En Graham BURCHELL, Colin GORDON y Peter MILLER. (Eds.) *The Foucault Effect. Studies in Governmentality* (pp. 1-52). Chicago: The University of Chicago Press.
- GRINBERG, Silvia. (2007). "Gubernamentalidad: estudios y perspectivas". *Revista Argentina de Sociología*, 8 (5), 95-110.
- GRONDONA, Ana y HAIDAR, Victoria. (2012). "Más allá de la razón liberal: desbordes, heterogeneidad y contradicción. Un estudio crítico de la perspectiva de los *governmentality studies*". *Astrolabio Nueva Época*, 8, 153-189.
- HACKING, Ian. (1991). How should we do the history of statistics? En Graham BURCHELL, Colin GORDON y Peter MILLER. (Eds.). *The Foucault Effect*.

Studies in Governmentality (pp.181-198). Chicago: The University of Chicago Press.

HAIDAR, Victoria. (2005). "El Descentramiento del Estado en el análisis del poder (político): un diálogo crítico entre la sociología histórica y el enfoque de la gubernamentalidad". *Espacio Abierto Asociación Venezolana de Sociología*, 14 (2), 239-264.

HAIDAR, Victoria. (2009). "Biopolíticas post-foucaultianas. Pensar el gobierno de la vida entre la filosofía política, la sociología y la cartografía del presente". *Papeles del CEIC*, 2, 13-29.

IRIART, Celia. (2008). "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias". *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.

IRIART, Celia e IGLESIAS RÍOS, Lisbeth. (2012). "Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad". *Interface - Comunic., Saude, Educ*, 16 (43), 011-23.

IRIART, Celia e IGLESIAS RÍOS, Lisbeth. (2013). La (re)creación del consumidor de salud y la biomedicalización de la infancia. En Cecilia Collares, María Moysés y M. França Ribeiro (Eds.). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos trastornos* (pp. 21-40). Brasil: Mercado de Letras.

LEMKE, Thomas. (2011a). Beyond Foucault. En Ulrich Bröckling, Susanne Krassmann y Thomas Lemke. (Comps.). *Governmentality. Current issues and future challenges* (pp. 165-184). New York & London: Routledge.

LEMKE, Thomas. (2011b). *Bio-Politics. An advanced introduction*. New York and London: New York University Press.

LOCK, Margaret y NGUYEN, Vinh-Kim. (2010). *An anthropology of biomedicine*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

LOCK, Margaret; YOUNG, Allan y CAMBROSIO, Alberto. (2000). *Living and Working with the new medical Technologies. Intersections of Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

MARX, Karl. (2002). *El capital. Crítica de la economía política. Libro primero*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- MILLER, Peter y ROSE, Nikolas. (1990). "Governing economic life". *Economy and Society*, 19 (1), 1-31.
- MOYNIHAN, Ray y CASSELS, Alan. (2007). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.
- MURILLO, Susana. (2008). *Colonizar el Dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América Latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromañón*. Buenos Aires: CLACSO.
- MURILLO, Susana. (2012). *Prácticas científicas y procesos sociales. Una genealogía de las relaciones entre ciencias naturales, ciencias sociales y tecnologías*. Argentina: Biblos.
- MURILLO, Susana. (2013). "La medicalización de la vida cotidiana". *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales-UBA*, 83, 44-49.
- MURILLO, Susana. (2006). *Banco Mundial. Estado, mercado y sujetos en las nuevas estrategias frente a la cuestión social*. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- NADESAN, Majia. (2008). *Governmentality, Biopower and Everyday Life*. New York: Routledge.
- OLIVEIRA MENDONÇA, André Luis y CAMARGO JR., Kenneth Rochel. (2012). "Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança". *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 22 (1), 215-238.
- O'MALLEY, Pat; WEIR, Lorna y SHEARING, Clifford. (1997). "Governmentality, criticism, politics". *Economy and Society*, 26 (4), 501-517.
- ORTEGA, Francisco. (2010). *El cuerpo incierto. Corporeidad, Tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- RABINOW, Paul y ROSE, Nikolas. (2006). "Biopower Today". *BioSocieties*, 1, 195-217.
- RAPP, Rayna. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus. The social impact of Amniocentesis in America*. New York y London: Routledge.

ROSE, Nikolas. (1993). "Government, authority and expertise in advanced liberalism". *Economy and Society*, 22 (3), 283-299.

ROSE, Nikolas. (1998). *Inventing our Selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

ROSE, Nikolas. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.

ROSE, Nikolas y ABI-RACHED, Joelle M. (2013). *Neuro. The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. New Jersey: Princeton University Press.

ROSE, Nikolas, O' MALLEY, Pat, y VALVERDE, Mariana. (2006). "Governmentality". *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83-104.

VALVERDE, Mariana. (1996). "'Despotism' and ethical liberal governance". *Economy and Society*, 25 (3), 357-372.

Notas

¹ El debate derivado de estas perspectivas tiene sus extremos en los escritos de Agamben, por una parte, y Hardt y Negri, por otra, cuyos desarrollos no son tomados aquí, pero que tanto Castro (2011) como Haidar (2009), Lemke (2011b), y Murillo (2008) analizan críticamente.

² Las traducciones de los originales en inglés y francés me pertenecen.

³ Del inglés Positron Emission Tomography, o Tomografía por Emisión de Positrones.

⁴ En inglés, Single Photon Emission Computed Tomography, o Tomografía Computarizada de Emisión Monofotónica.

⁵ En inglés, Nuclear Magnetic Resonance Imaging, o Imagen por Resonancia Magnética Nuclear, también denominada Tomografía por Resonancia Magnética (TRM).

⁶ Al respecto, Rayna Rapp (1999) analizó las tecnologías de diagnóstico prenatal, considerando que estas se producen en una intersección que involucra el trabajo de científicos particulares, investigadores clínicos, y proveedores de servicios de salud. También remarca que las relaciones sociales resultantes se extienden más allá del ámbito de sus laboratorios, clínicas y consultorios.

⁷ Desde una perspectiva foucaultiana, Veena Das (2000) analizó los trasplantes de órganos como conjunto de prácticas en las que la tecnología atraviesa ámbitos éticos, legales y médicos, y forja relaciones entre los individuos y las familias (receptoras o donantes), las organizaciones de procuración de órganos, y los hospitales especializados.



⁸ Este foco en la lógica de la gradualidad se hace patente en la matriz del riesgo, cuyas resonancias en el campo de la salud mental abren perspectivas apenas vislumbradas (Bianchi, 2012).

⁹ Como menciona Foucault, diferenciándose del enfoque de Szasz “Me parece que el poder de la religión, de la Edad Media a la época clásica, era de tipo jurídico, con sus mandamientos, sus tribunales y sus penitencias. Antes que una sucesión religión-medicina, yo vería más bien una sucesión derecho-norma” (Foucault, 2001b: 76).

¹⁰ Un ejemplo de transformaciones en los mecanismos ocurre cuando el objetivo de disciplinamiento aparece escindido de la técnica a la que históricamente se asoció: el encierro (Bianchi y Lorenzo, 2013).

Fecha de recepción: 18 de julio de 2014. Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2014.