



Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias

Hegemonic medical model: Possible trends, and more or less imaginary trends

Eduardo L. Menéndez¹

'Autor de correspondencia.

Doctor en Ciencias Antropológicas. Doctor Honoris Causa, Universitat Rovira i Virgili, Catalunya. Doctor Honoris Causa, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor-investigador emérito, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México.



RESUMEN El objetivo de este texto es analizar la posibilidad futura de que el modelo médico hegemónico siga perpetuándose o se generen cambios significativos. Para ello, se parte de las características y funciones actuales del modelo médico hegemónico y se las observa a través de algunos de los aportes de la inteligencia artificial, de las investigaciones genéticas y de la robótica, referidas a procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, entre los que se analizan las posibilidades de fuertes incrementos en la esperanza de vida, las necesidades de “curar la senectud”, así como los procesos que están modificando la relación médico-paciente, llegando a la conclusión de que si bien se observan algunas modificaciones sustantivas, las características y funciones del modelo médico hegemónico siguen siendo las mismas.

PALABRAS CLAVES Modelos de Atención de Salud; Inteligencia Artificial; Selección Genética; Esperanza de Vida; Longevidad.

ABSTRACT The purpose of this article is to analyze the possibilities that the hegemonic medical model will continue to prevail in the future or if significant changes will take place. The discussion will take as a starting point the characteristics and current functions of the hegemonic medical model, and reexamine them through a look at advancements in artificial intelligence, genetic research, and robotics in health-illness-care-prevention processes. The analysis takes on issues such as possible increases in life expectancy, what is needed to “cure old age,” as well as processes that are modifying the doctor-patient relationship. It is concluded that although significant changes are taking place, the characteristics and functions of the hegemonic medical model remain unmoved.

KEY WORDS Healthcare Models; Artificial Intelligence; Selection, Genetic; Life Expectancy; Longevity.

INTRODUCCIÓN

Con frecuencia tengo la impresión de que la biomedicina está en crisis permanente, pero simultáneamente observo su constante expansión, por lo que necesitamos asumir que la biomedicina se desarrolla entre un reiterado reconocimiento de su eficacia respecto de enfermedades hasta hace poco incurables o poco curables, y la acusación de que construye sujetos fármaco-adictos, inventa nuevas enfermedades y contribuye a la destrucción del planeta tierra. Esto sería producto de las características y funciones de una biomedicina que, pese a las críticas, ha seguido orientaciones que tendrían las consecuencias negativas señaladas. Y uno de los objetivos de este texto, es analizar las posibilidades futuras de que este modelo se siga perpetuando o no.

Lo que voy a presentar tiene como referencia mis propuestas de modelos de atención y, especialmente, mis trabajos sobre la estructura y las funciones de un modelo médico hegemónico (MMH), que ha sido dominante entre 1930 y la actualidad. Cabe recordar que el modelo médico no solo ejerce su hegemonía respecto de formas de atención no biomédicas, sino respecto de tendencias desarrolladas dentro de la propia biomedicina, como ocurrió, por ejemplo, durante el siglo XIX con la homeopatía, la densitometría o la balneoterapia, o como ha ocurrido con las tendencias psicosomáticas, holísticas o humanitarias desarrolladas durante el siglo XX. Por lo tanto, es importante consignar que gran parte de las críticas al MMH, así como el desarrollo de posibles alternativas, se generaron desde la propia biomedicina.

Ahora bien, más allá de las diferentes tendencias que se desarrollaron en el saber biomédico, no cabe duda que, desde finales del siglo XIX, el MMH se encuentra en una constante expansión que se acelera después de la Segunda Guerra Mundial, hasta convertirse en la forma hegemónica a nivel internacional que influye de manera creciente en la demanda de los pacientes, no solo de los países denominados occidentales, sino de China, India o Japón, que utilizan cada vez más la biomedicina

respecto de la medicina mandarina, la ayurvédica o la sintoísta. En este sentido, la India constituye una expresión casi paradigmática de este proceso, ya que se ha convertido en el principal productor, consumidor y exportador de antibióticos genéricos a nivel mundial. Más aún, como sabemos, la actual pandemia de coronavirus de 2020 emergió en China, país que no la enfrentó con la medicina mandarina, sino con la biomedicina, y lo mismo ocurrió en India o Japón respecto de sus propias medicinas. Y la hegemonía justamente está en esto: en que a todos nos parece obvio que ocurra así.

Antes de continuar, quiero aclarar que este trabajo es parte de una investigación que vengo desarrollando desde hace casi veinte años, en la que he tratado de observar las diferencias y convergencias entre la información generada por los medios de comunicación masiva respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, y la que surge de la investigación científica y de las actividades profesionales, y que ha dado lugar a varias publicaciones^(1,2,3), por lo que una parte significativa de las referencias que manejo en este texto corresponden a medios escritos de comunicación masiva.

VARIAS CRÍTICAS Y ALGUNOS PROCESOS DE CAMBIO

Desde finales de la década de 1960, he venido proponiendo la existencia de un MMH caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación. También he subrayado las críticas y las situaciones complejas atravesadas por la biomedicina y las orientaciones que han dominado su trayectoria. Pero pese a ello, la biomedicina sigue expandiéndose debido, sobre todo, a su eficacia comparativa, a su pragmatismo, al incremento de la demanda, a su papel cada vez mayor en la reproducción del capital, y a su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes^(4,5).

Respecto de las características y funciones del MMH, durante todo el siglo XX se fueron generando cambios, críticas, y proponiendo modificaciones. Algunas de las principales críticas han sido hacia su mercantilización, al constante incremento del costo de atención de la enfermedad y, más recientemente, del costo de la salud. Desde por lo menos la década de 1960, se ha denunciado la existencia de un complejo médico-empresarial paralelo al complejo político-militar industrial dominante en EEUU, que no solo fue señalado por tendencias críticas de la medicina social, sino por el sector académico defensor del MMH⁽⁶⁾, de tal manera que la biomedicina estaría cada vez más subordinada a la industria químico-farmacéutica y, en los últimos años, a las industrias relacionadas con la inteligencia artificial⁽⁷⁾.

Una segunda crítica refiere a la pérdida de eficacia biomédica respecto de ciertos procesos de salud-enfermedad-atención-prevención que, en gran medida, tienen que ver con el desarrollo de una medicina cada vez más desigual, así como con una creciente irresponsabilidad, burocratización, corrupción, derroches y “mala práctica”, pero también con el incremento de la fatiga, depresión y adicciones en el personal de salud –especialmente, en los médicos– que en parte se sintetizan en el “síndrome del quemado”. Estos últimos aspectos, que además necesitan relacionarse con la creciente proletarianización de una parte de los médicos, constituyen aspectos relevantes en la posible reorientación del MMH, pero que no vamos a analizar en este texto.

Otros cuestionamientos importantes señalan la tendencia a focalizar los objetivos y los recursos del sector salud en los niveles secundario y, sobre todo, terciario, perdiendo paulatinamente importancia el primer nivel de atención; lo que se articula con una constante tendencia a la especialización, que reduce cada vez más la posibilidad de aplicar enfoques holísticos en el trabajo médico.

Estas y otras críticas han sido constantes, y así entre las décadas de 1930 y la actualidad surgieron toda una serie de cuestionamientos, pero también de propuestas alternativas y/o complementarias, entre las que podemos

enumerar la medicina psicosomática, la medicina humanista, la corriente psicopsicosociobiológica, la atención primaria integral, la medicina holística, la antipsiquiatría, la medicina social crítica, las propuestas de reducción de daños y de reducción de riesgos, las corrientes feministas incluidas las perspectivas de género, y la autodenominada vulnerabilidad estructural, así como toda una variedad de recuperaciones de las medicinas tradicionales, paralelas y complementarias. Estas y otras propuestas han tratado de modificar –a veces en forma radical– las orientaciones biomédicas dominantes, generando alternativas, pero que luego de un tiempo desaparecen, o se incorporan al MMH en forma subordinada y redirigidas por las orientaciones hegemónicas, como es el caso proverbial de la acupuntura. Es decir que, si bien algunas de estas corrientes han modificado ciertos aspectos del MMH, no lo han transformado de manera sustantiva, en gran medida debido a la “apropiación” que la biomedicina ha hecho de ellas a través de su constante pragmatismo.

A partir de lo señalado, trataré de observar si se están desarrollando nuevas características biomédicas que puedan dar lugar a cambios sustantivos en la biomedicina, incluso en la generación de un nuevo MMH. Pero antes de observar esas posibilidades, cabe aclarar tres aspectos que tienen que ver con el tipo de organización médica que analizaré. En primer lugar, asumir que la biomedicina opera, según los países, como sistema privado, oficial o mixto; como un sistema basado en el mercado y, por lo tanto, desigual; o como un sistema que debe cubrir todos los servicios de forma universal y gratuita, basado en un Estado articulado fuertemente con la sociedad civil, o en una sociedad civil articulada con el Estado que tienen, entre otros objetivos, regular, controlar o reorientar el mercado.

En segundo lugar, necesitamos asumir que la posibilidad de pensar un nuevo MMH puede hacerse desde diferentes orientaciones no solo científicas y profesionales, sino económico-políticas e ideológico-culturales. De tal manera que puedo hacerlo dando prioridad al biologismo y a concepciones neoliberales,

puedo hacerlo dando prioridad a las relaciones sociales y a concepciones socialistas, o puedo hacerlo desde las propuestas indigenistas latinoamericanas que nos proponen el buen vivir. Y, por las razones que venimos aduciendo respecto de los dos aspectos señalados, solo trataremos las primeras de las orientaciones.

Y, en tercer lugar, necesitamos reconocer que, pese a las críticas que podemos hacer al modelo médico que hegemonizó la atención de los padecimientos durante el siglo XX, no cabe duda de que ha hecho y sigue haciendo constantes aportes para reducir la morbilidad y la mortalidad, basado en el desarrollo técnico y científico. Y es respecto de esta eficacia real que necesitamos pensar en las posibilidades de un nuevo MMH, sin abandonar por supuesto las críticas y los peligros que genera, pero asumiendo que es la eficacia comparativa –junto con otros procesos– lo que ha contribuido y posibilitado la hegemonía del modelo actual.

Para evitar malas interpretaciones, aclaro que –como surge de mis trabajos– cuestiono, frecuentemente y en forma radical, toda una serie de características, funciones y orientaciones del MMH, pero sin dejar de reconocer sus aportes. Por lo tanto, analizar este modelo en sí sin observar cuál ha sido el impacto, por ejemplo, de la medicina ayurvédica, de la medicina mandarina o de las medicinas tradicionales americanas en la reducción de la mortalidad por las enfermedades infectocontagiosas, así como la disminución del impacto negativos de las enfermedades crónico-degenerativas y las discapacidades, tanto en sus propios contextos como en los “externos”, conduce a una crítica incorrecta, descontextualizada, ideológica y melancólica de la biomedicina. Necesitamos asumir, tal como lo evidencian las estadísticas vitales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, por ejemplo, en China, en 1949, cuando dominaban casi totalmente la medicina mandarina y otras medicinas tradicionales chinas, la esperanza de vida era de 35 años, mientras en 2018, cuando hegemoniza la biomedicina, la esperanza de vida ha llegado a 76,4 años⁽⁶⁾. Y, para evitar equívocos,

aclaro que dicho incremento de la esperanza de vida no se debe solo a la biomedicina, pero ha contribuido centralmente.

Señalado lo anterior, ahora vamos a revisar en forma secuencial una serie de aspectos que apuntan a la formulación de un nuevo modelo biomédico que, si bien presenta características y funciones que, en su mayoría, ya están perfiladas en la actualidad, necesitamos reflexionar sobre sus posibles desarrollos y tendencias, para decidir si estamos ante un nuevo MMH o solo ante una variante más del ya existente.

El primer aspecto a analizar tiene que ver con el constante proceso de tecnificación de la biomedicina, pero ahora relacionado sobre todo con la aplicación de la denominada inteligencia artificial, que incluye la creciente robotización y computarización de cada vez más actividades biomédicas, que tienen como objetivos inmediatos la solución de problemas de salud específicos. Esto implica reflexionar sobre varios aspectos, de los cuales solo señalo cuatro, que aparentemente son contradictorios o, por lo menos, conflictivos entre sí. Me refiero, en primer lugar, al énfasis en la recuperación de una medicina individualizada; en segundo lugar, a la paulatina disminución –incluida la posible desaparición– del ser humano en el trabajo médico; en tercer lugar, al constante incremento de los costos de las industrias de la enfermedad y de la salud; y, por último, al papel de la biomedicina en la generación de monstruosidades y catástrofes planetarias, debido a sus objetivos biomédicos cada vez más mercantilizados.

Como sabemos, una expresión actual de estas tendencias se observa, especialmente, a través de la medicina llamada personalizada que, en términos muy simples, propone adecuar el tratamiento médico a las características individuales del paciente; es decir, buscar en el código genético del sujeto sus posibles enfermedades, así como el tipo de fármaco que puede ayudar a curarlo en términos específicos. De esta manera, según sus impulsores, las pruebas genéticas permitirían que los médicos vuelvan a tratar a los pacientes como personas y no como individuos. Más aún, actualmente se creó la posibilidad

de que, a través de test genéticos, se pueda establecer qué fármacos son eficaces y cuáles no, así como reducir o aumentar las dosis en función de la tolerancia y de la eficacia específica, e incluso establecer qué fármacos pueden tener consecuencias adversas para ciertas personas. Esto supondría, además de una mayor eficacia, una fuerte reducción de costos, dada la especificidad del fármaco y la eliminación de las consecuencias adversas. Y, si bien existen todas estas posibilidades, han dado lugar a tempranas críticas, dada sus orientaciones mercantilizadas⁽⁹⁾.

Por supuesto que esta tecnología no solo opera en términos de atención, sino en términos preventivos, especialmente para las primeras causas de mortalidad, como son las cardiovasculares y las cancerígenas. Pero hay que subrayar que, en términos de diagnóstico y de atención, se está aplicando también a problemas de salud mental, tratando de establecer la eficacia específica de los medicamentos para esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, autismo y trastornos de atención tratados como enfermedades de origen genético. Más aún, la soledad tendría también origen biológico, dado que científicos del Instituto Tecnológico de Massachusetts localizaron una región del cerebro conocida como núcleo dorsal del rafe (NDR), que generaría el sentimiento de soledad, mientras que investigadores de la Universidad de Chicago relacionaron la soledad con la presencia de mayores niveles de cortisol, una hormona relacionada con el estrés⁽¹⁰⁾. La revisión de los últimos cinco años de la publicación profesional *Psiquiatria.com* permite observar, en todos los números, referencias no solo al origen genético de la psicosis y de cada vez más neurosis, sino a los respectivos tratamientos basados en fármacos.

Uno de los límites de ciertos tipos de tratamientos genéticos son sus altos costos, que son prohibitivos para gran parte de la población mundial, así como su desarrollo puede incrementar aún más las industrias de la enfermedad y de la salud. Y este aspecto necesita ser analizado y discutido, no para caer en una suerte de melancolía por la falta de ética médica y empresarial, sino para tratar

de ver cómo se modifica esta orientación mercantilista, y cómo hacer para que los beneficios lleguen a todos los que los necesitan, y no solo a quienes pueden pagarlos, por supuesto que a partir de asumir el poder de las dos industrias señaladas y de cuestionar el invento y expansión de “enfermedades” como los trastornos de atención^(11,12).

Correlativamente, la aplicación de la computación a la biomedicina es cada vez más acelerada, generando beneficios, pero también consecuencias conflictivas para el trabajo biomédico. Así, por ejemplo, las computadoras detectaron mejor que los médicos el cáncer de pulmón en tomografías computarizadas. En un estudio publicado en *Nature Medicine*, el diagnóstico por computadora tuvo una precisión del 94%, mientras los diagnósticos de seis radiólogos expertos fueron mucho menos certeros⁽¹³⁾. Algo similar ocurrió respecto de la detección de varios de los diez tipos más frecuentes de cánceres de cerebro; más aún, según otro estudio publicado también en *Nature Medicine*, la inteligencia artificial “es capaz de analizar en ‘tiempo casi real’ un tumor cerebral durante la operación de un paciente, lo que les permite a los cirujanos trabajar de forma ‘más segura y precisa’ [...] esta técnica puede determinar en menos de 2 minutos y medio si las células extraídas son cancerígenas o no, frente a un promedio de 20-30 minutos para un análisis clásico”⁽¹⁴⁾.

Un campo médico paralelo al anterior es el del uso de robots, especialmente en el caso de la cirugía, dado que la robótica posibilita que el cirujano tenga mucha mayor capacidad visual, manejando una perspectiva tridimensional en el campo quirúrgico, como si estuviera dentro del organismo que opera y, por lo tanto, mayor capacidad de decisión y precisión⁽¹⁵⁾. Además, la cirugía emplea cada vez más “brazos robóticos” mediante los cuales se hacen intervenciones con un mínimo de agresión al paciente y un máximo de exactitud y precisión en las intervenciones. Otro de los desarrollos importantes de la robótica es la posibilidad de atención clínica y de cirugía a distancia, especialmente, en lugares donde no solo no hay médicos especialistas, sino que no existen médicos. La atención se

hará mediante un robot teledirigido por un médico, lo que constituye parte del creciente papel de la telemedicina.

La robótica, además, comenzó a ser parte de la formación médica, ya que el estudiante de medicina, por lo menos en instituciones de enseñanza de varios países, aprende a través de robots y no de seres humanos. Estos robots tienen fiebre, vomitan, se infartan, reaccionan o no al tratamiento, y tenderán a suplantar cada vez más a los seres humanos⁽¹⁶⁾. La cuestión está nuevamente en si ciertos objetivos potencialmente positivos, como no importunar sobre todo a los pacientes de clase baja –sobre quienes realmente han ensayado su aprendizaje los médicos– y reemplazarlos por un robot, secundariza o aleja cada vez más –o no– la importancia de la relación médico-paciente en el futuro profesional.

Además de lo señalado, resultan relevantes también las aplicaciones de la biónica, ya que los sujetos intervenidos recuperan la función de brazos, manos y piernas, no solo como prótesis, sino como funciones manejadas intencionalmente por los sujetos discapacitados a partir de un chip instalado en el cerebro de la persona. En la Universidad de Utah se ha diseñado una mano que posibilita a la persona sentir lo que toca, es decir, no solo es posible que las personas discapacitadas recuperen total o parcialmente movimientos perdidos, sino que también sientan lo que hacen⁽¹⁷⁾.

Intervenciones como las señaladas indican un proceso de intervención cada vez más *profundo* sobre nuestros cuerpos, lo que implica una mayor dependencia de nuestras vidas, o por lo menos de algunos de sus aspectos, respecto de este tipo de dispositivos. Y así se están insertando electrodos en el cerebro para tratar de curar problemas neurológicos –como la enfermedad de Parkinson– o usos problemáticos de drogas.

Estos desarrollos se articulan con toda otra serie de aportes científicos y técnicos que están cambiando no solo las formas de intervenir, sino las posibilidades de eficacia, y de las cuales solo señalaremos tres. Por una parte, investigadores de la Universidad de Tel Aviv desarrollaron un prototipo de corazón

impreso en 3D a partir del tejido del paciente, que puede ser decisivo para reducir la dependencia de la existencia o no de órganos para trasplantes⁽¹⁸⁾; y, por otra, tenemos el desarrollo de una prueba sanguínea que permite la detección temprana de cincuenta tipos de cáncer, con una precisión del 94%^(19,20).

El tercer caso refiere a una técnica que posiblemente sea la que más se extenderá, y me refiero a los diferentes tipos de telemedicina que se están desarrollando, entre las que subrayo el caso de China, donde sería la forma de consulta más frecuente, debido sobre todo a la escasez de médicos. Allí, gran parte de la población está adscrita a plataformas digitales de cuidados médicos y utiliza ciertos dispositivos que captan indicadores de sus malestares, información que los sujetos envían a través de Internet al personal médico, lo que conduce a la formulación de un diagnóstico y de un tratamiento, y todo en términos digitales. Y aquí tenemos un nuevo problema, ya que ¿quién garantiza la capacidad técnica de la consulta y tratamiento “en línea”? Y pareciera que, en el futuro, quien más lo va a asegurar sería un robot.

La telemedicina está dando lugar al desarrollo de dispositivos a través de los cuales los sujetos pueden autocontrolar su estado de salud, y se están diseñando lentes de contacto que monitorean los niveles de glucosa⁽²¹⁾, así como otros instrumentos que establecen los niveles de insulina, mientras otros implementos pueden registrar el ritmo cardíaco. Pero estos dispositivos llamados “vestibles” (*wearables*) se conectarían a sistemas de salud y serían controlados por un médico, que puede ser virtual y al que se ve a través de una pantalla. Uno de los campos donde la telemedicina ha tenido mayor desarrollo es el del diagnóstico y tratamiento *online* de padecimientos mentales, especialmente la depresión, que ha demostrado ser eficaz según un estudio publicado en *The Lancet*⁽²²⁾. A su vez, investigadores de la Universidad de Massachusetts han desarrollado un tratamiento *online* contra el insomnio, que ha logrado mejoras para dormir en el 75% de los casos⁽²³⁾.

En paralelo, se están desarrollando “aplicaciones” que posibilitan intervenciones preventivas de mayor eficacia respecto, por ejemplo, de las intenciones suicidas de los sujetos. Y así, por ejemplo, el Departamento de Salud Mental del estado de California está poniendo a prueba aplicaciones (*apps*) para teléfonos inteligentes para personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental oficial de dicho estado. Estas *apps* alertarán con anticipación a posibles suicidas y a personas con problemas depresivos cuando están comenzando a tener síntomas y sensaciones de angustia o ansiedad, que pueden incrementar el padecimiento⁽²⁴⁾.

Y, por último, también tenemos la nanotecnología, basada en la manipulación de átomos y moléculas con varios objetivos, alguno de ellos de tipo biomédico. Esta nueva tecnología podría detectar más tempranamente las enfermedades, identificar las moléculas enfermas de, por ejemplo, cáncer, atacarlas directamente y curar⁽²⁵⁾. Esta orientación puede articularse con la robótica, ya que pueden fabricar nanorobots que se introducen a la corriente sanguínea, buscando agentes patógenos para destruirlos⁽²⁶⁾.

Por supuesto que lo que estoy desarrollando refiere, en muchos casos, a posibilidades futuras; en otros, a experiencias realizadas hasta ahora solo en animales y, en otros casos, a lo que se desarrolla solamente en ciertos países y que solo pueden consumir ciertos sectores sociales. Pero estas experiencias son las que están generando las futuras formas de atención y prevención biomédicas. Si bien el planteo trata de ser general, no cabe duda de que gran parte del material y del análisis corresponde a procesos que se dan, sobre todo, en los países capitalistas de mayor nivel de desarrollo económico, entre los que se encuentra China.

CURAR LA SENECTUD

Ahora bien, uno de los aspectos más importantes a señalar es que las nuevas tecnologías enumeradas podrían solucionar, según sus promotores, gran parte o la totalidad de

los problemas de salud que nos aquejan, pero que pueden implicar la modificación de nuestros comportamientos. Analizaremos algunos casos específicos, comenzando con dos procesos en cierta medida complementarios, ya que tienen que ver, por una parte, con la longevidad, la senectud y el buen morir y, por otra, con la búsqueda y posible mantenimiento de cierta juventud, incluidas ciertas expectativas de eternidad depositadas en la nueva medicina. Esto supone una dialéctica entre el desarrollo más o menos reciente de un buen morir ligado a cuidados paliativos, con la posibilidad de extender la juventud hasta límites fantaseados científica y literariamente, pero no realizables técnicamente, por lo menos hasta ahora.

Respecto de los deseos actuales de vivir cada vez más, necesitamos reconocer el notable incremento de la esperanza de vida que se ha dado a nivel mundial, aunque por supuesto con diferencias notables entre países y entre clases sociales. Pero pese a estas y otras diferencias, necesitamos asumir que se ha pasado de una esperanza de vida a nivel mundial de alrededor de 30 años, en 1900, a una esperanza de vida de 72 años, en 2017^(27,28). Y si tomamos un país en particular, vemos que la esperanza de vida en España, por ejemplo, ha pasado de 34 a 83 años y, como señalan algunos especialistas, con tendencia a incrementarse aún más^(27,29).

Más aún, si observamos la situación de la mujer en países como Japón y Suecia, nos encontramos que tienen la esperanza de vida más alta registrada hasta ahora a nivel mundial, comparada con cualquier otra situación de la que tengamos información confiable. El ser humano vive actualmente mucho más tiempo que en cualquier época anterior, y los registros continuos de la OMS sobre esperanza de vida lo documentan constantemente, lo que no niega que haya países, como EEUU, en los que, a partir de 2007, la esperanza de vida de varones en edad productiva ha comenzado a disminuir.

Además, y asumiendo las diferencias de clase, de género y de etnia que pueden existir, observamos que cada vez más personas llegan a la “ancianidad” en un estado físico

y mental que no corresponde a los estereotipos de ancianidad. Todo esto remite, a su vez, conscientemente o no, a los mitos de la eterna juventud y de la posible inmortalidad física y no solo del alma; sin negar, por supuesto, que una parte significativa de los ancianos, en países como México, padecen baja o mala calidad de vida.

Es a partir de estos y de otros procesos que una parte de la población quiere vivir más, y que investigadores como David Sinclair –director del laboratorio Sinclair de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard– y Matthew LaPlante concluyen que:

No hay ley de biología que diga que debemos envejecer al ritmo en que lo hacemos ahora. Otras formas de vida no lo hacen. [...] Ahora sabemos que los marcadores epigenéticos de deterioro y envejecimiento pueden acumularse gracias a aportes dañinos: por ejemplo, si nuestro ADN es dañado por sobreexposición solar o si comemos mal o fumamos. Al poner fin a esas conductas el deterioro de las células se desacelera. Mejor aún: si podemos reinicializar la célula, tendríamos el potencial para detener o incluso revertir el envejecimiento celular.⁽³⁰⁾

Por lo tanto, observamos que desde finales del siglo XX, médicos, biólogos y demógrafos comienzan a estimar que el ser humano podría vivir entre 120 y 140 años en un relativo buen estado de salud y de vida⁽³¹⁾. Y sobre este deseo/ilusión/necesidad de vivir más, generado por la gente, se montarán las industrias de lucha contra el envejecimiento, o en jerga médica, para “curar la senectud”. Y este deseo de vivir más años va más allá de preguntarnos ¿para qué vivir más?, o reformulando la pregunta ¿por qué no queremos morir?, recordando que el querer vivir más no es un invento del capitalismo para seguir reproduciendo el capital, sino que ha sido parte del imaginario de una gran cantidad de sociedades precapitalistas y no capitalistas.

Ahora bien, frente al incremento notorio de la esperanza de vida y los deseos de no morir/vivir más, se ha ido desarrollando, en varios países europeos y en EEUU, un interés científico por estas posibilidades, sobre el cual se ha ido montando una industria que busca curar la senectud –o, por lo menos, las enfermedades que se acumulan a medida que los sujetos incrementan sus edades– para posibilitar una mejor calidad de vida. Y si bien la mayoría de estas posibilidades se ha demostrado hasta ahora en ratones, los datos indican que pueden llegar a generarse tratamientos para retardar e incluso revertir el envejecimiento.

Las perspectivas respecto de cuándo ocurriría esto oscilan entre los 20 y los 100 años, pero todos los investigadores involucrados confían en que se lograrán los objetivos señalados. Como sabemos, esto ha ido dando lugar a la creación de empresas de congelación de personas, de las cuales Alor es la más importante en EEUU y ha congelado a 150 pacientes, quienes pagan unos 200.000 dólares para financiar el congelamiento, el mantenimiento y la resurrección⁽³²⁾.

A la par, el miedo a envejecer se extiende cada vez más, y no solo en eso que se llama “occidente”. Por supuesto, la biomedicina está convirtiendo dicho miedo en una nueva enfermedad. Ese miedo tiene que ver, según ciertos analistas⁽³³⁾, con el miedo a morir, ya que el envejecimiento es actualmente el principal indicador de nuestra futura e inevitable muerte. Se trata de un proceso reciente dado que, en todas las sociedades, la muerte estaba identificada con los niños y sobre todo con los niños recién nacidos, dadas las fenomenales tasas de mortalidad infantil dominantes en dichas sociedades, de tal manera que el mayor número de muertes se daba al principio de la vida, y no en su final.

Como sabemos, el incremento de la esperanza de vida y, por lo tanto, el incremento del número de ancianos ha conducido al desarrollo de especialidades como la geriatría y, en cierta medida, la de cuidados paliativos. Los deseos de vivir y la industria de la enfermedad han conducido, además, a un incremento de la intervención médica para

mantener al sujeto vivo pese a condiciones negativas que son irreversibles, y que suponen sufrimiento afectivo y económico, no solo del paciente, sino de su familia. Estos y otros procesos han generado nuevas tendencias preocupadas por el buen morir, por la eliminación del encarnizamiento terapéutico, e incluso por el suicidio asistido. Estos espacios de muerte digna, que implican también un suicidio digno, serán cada vez más parte estructural del trabajo médico. Pero la cuestión, como en otros procesos, remite a si los médicos tienen la formación y la experiencia como para intervenir con eficacia profesional, dada la orientación cada vez más biológica de su formación.

Más aún, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención actuales conducen a que el médico tenga una formación fuerte en cuestiones biológicas y, sobre todo, genéticas en términos de intervención; y aunque cada vez más va a necesitar habilidades del campo psicológico, lo que observamos es que lo que se refuerza en la formación profesional es la primera dimensión, mientras que la segunda es secundaria o directamente inexistente. Si bien no podremos extendernos en estos aspectos, los considero decisivos para los médicos posibles del futuro.

Además, mientras se va ampliando la longevidad y se propone curar la senectud, una parte de la población –especialmente mujeres– lucha contra el envejecimiento, lucha contra la imagen de ancianidad que van adquiriendo, dando lugar a otra importante industria que articula cirugías plásticas y salones de belleza. En México, según los especialistas, las intervenciones más frecuentes son el aumento del busto, la rinoplastia para modificar la nariz, la liposucción, la cirugía de párpados, la de orejas, la cirugía de cuello para levantar la papada y el *lifting* facial⁽³⁴⁾.

Las cirugías buscan modificar diferentes partes del cuerpo, e incluso hay modas que impulsan cierto tipo de cirugía estético-sexual, como ocurre con el caso de la cirugía estética vaginal que se puso de moda en EEUU y Canadá a principios de 2000, y que consiste en estrechar la vagina para aumentar el placer sexual de la mujer, inyectar grasa

en los labios mayores y en reconstruir el hímen. Inicialmente este tipo de cirugía no era publicitada y su gran expansión se debió a la comunicación boca a boca. Pero, además, con este objetivo, se utilizan también procedimientos no quirúrgicos, sobre todo para reducir las arrugas, de los cuales el más frecuente es la aplicación de botox.

Pero estas tendencias también se están observando en varones ya que, por ejemplo, al menos en algunos países crece en forma notoria el número de varones que tratan de incrementar el tamaño de su pene a través de cirugías. La Asociación Española de Andrología (ASESA) señaló que en los últimos tres años se ha triplicado el número de hombres que lo demandan⁽³⁵⁾.

Estas intervenciones biomédicas tienen otros objetivos –además de los referidos al embellecimiento, al antienvjecimiento y a la potenciación sexual– y me refiero a la búsqueda de modificar ciertos rasgos faciales que los identifican étnicamente, por lo que las personas modifican sus ojos y su nariz, como en el caso de pacientes orientales y latinoamericanos; así como otros buscan blanquear la piel a través de sustancias, y cuyo lamentable paradigma ha sido hasta ahora Michael Jackson. Es decir, la biomedicina, conscientemente o no, realiza los deseos racistas de los sujetos^(36,37).

Dentro de la práctica biomédica observamos el pasaje normal de la intervención con el objetivo de solucionar problemas patológicos, a la generación de acciones con objetivos de belleza corporal, o por lo menos de reconstitución de imagen. Y así vemos que el cirujano pasa de la mastectomía al implante mamario como parte de un mismo proceso asistencial.

En todos estos procesos observamos que la biomedicina sigue cumpliendo algunas de sus funciones básicas ya que, por ejemplo, aparece convirtiendo en enfermedad a “la ancianidad”, y como el principal instrumento de modificación de ciertos objetivos sexuales, de incremento de la autoestima o de la negación de la propia identidad original. La biomedicina va convirtiendo en enfermedad no solo el miedo a morir, sino también la

preocupación obsesiva por una alimentación saludable a la que llama "ortorexia". Más aún, a través de los cuidados paliativos, de la muerte digna, del suicidio asistido, la muerte se convierte en un hecho cada vez más médico, cuya expresión más simple y obvia es que casi toda la población, por lo menos de los países occidentales, muere actualmente en instituciones biomédicas⁽³⁸⁾. Es necesario asumir que prácticamente en toda sociedad de la que tengamos información, los curadores han tenido que ver con la muerte y la mortalidad, así como que han "inventado" parte de las enfermedades. Es decir, lo señalado, no es patrimonio exclusivo del modelo médico hegemónico.

HACIA UNA SEXUALIDAD Y SUBJETIVIDAD RECONSTRUIDAS

La biomedicina opera cada vez más sobre el deseo e impulso sexual, sobre la fertilidad/infertilidad, sobre la selección de hijos por nacer, así como sobre el número de hijos a tener. Es decir, actúa sobre procesos de salud que, además, son comportamientos que implican procesos y decisiones de tipo psicológico, social, económico y también moral. Especialmente entre 1975 y la década de 1990, el sector salud de América Latina y el Caribe aplicó en forma sistemática la esterilización –casi siempre a mujeres– para reducir las altas tasas de natalidad y, relacionado en parte con dicho objetivo, se incrementaron constantemente las cesáreas, y países como Brasil y México llegaron a tener dos de las más altas tasas de cesáreas a nivel mundial⁽³⁹⁾.

Paralelamente, debido a los problemas de infertilidad, se comenzaron a desarrollar en varios países europeos y en EEUU las técnicas de reproducción asistida para ser aplicadas, en algunos países, solo a las parejas casadas, en otros, también a parejas no casadas pero con relaciones estables y, en unos pocos, también a mujeres solas y a parejas homosexuales. Es decir, que la aplicación de estas técnicas está determinada por las normas sociales y/o políticas de cada país, y aunque no son los médicos

quienes establecen esas normas, han sido los encargados de llevarlas a cabo.

Como sabemos, la infertilidad puede ser del varón o de la mujer, pero los estereotipos dominantes la colocan básicamente en la mujer, constituyendo uno de los tantos casos de culpabilización de la víctima, dado que en muchos grupos implica la marginación y estigmatización de la mujer por parte de la comunidad, e incluso de su familia. Pero al menos en los países con que contamos con datos específicos, desde principios del año 2000, se viene observando que los varones se caracterizan por una concentración cada vez más baja de espermatozoides. Más aún, un estudio indicó que el 20% de los jóvenes de Noruega y Dinamarca "tienen concentraciones de espermatozoides por debajo de los niveles de referencia que ha establecido la OMS; 10% de los jóvenes daneses se sitúan en el nivel de infertilidad, y 30% en el de subfertilidad"⁽⁴⁰⁾. No obstante, la mayoría de los estudios y posibilidades de intervención se han hecho sobre las mujeres, remitiendo la infertilidad a la existencia de problemas patológicos en el aparato reproductor femenino.

A su vez, el señalado creciente descenso del número de espermatozoides en los varones y la decreciente tasa de natalidad de ciertos países europeos han impulsado no solo la producción de espermatozoides, sino de óvulos, fuera de los testículos y de los ovarios, a partir de células troncales. Y así, en 2007, nació en Canadá el primer niño creado a partir de un óvulo madurado en laboratorio; es decir que los niños pueden ya ser generados al margen de las relaciones sexuales entre seres humanos, lo que para gran parte de la humanidad constituye no solo un problema moral, sino religioso.

La medicina no solo ha posibilitado la generación de "niños de probeta", calculados actualmente en unos ocho millones, sino que ha logrado trasplantes de úteros que han posibilitado el embarazo de mujeres a edades avanzadas, y también ha logrado el trasplante de ovarios para que una mujer que padece cáncer pueda tener hijos sin que se apliquen tratamientos agresivos, como la quimioterapia, que pueden generar daños

irreversibles. Pero, además, se está tratando de diseñar úteros artificiales, que podrán dar a luz seres humanos⁽⁴¹⁾. Estas nuevas técnicas están potencialmente generando transformaciones sociales y de la subjetividad, de tal manera que la menopausia ya no constituye un límite biológico para la generación de hijos, y ya tenemos casos de mujeres que a los 61 años han parido hijos en Inglaterra, una mujer rumana que ha parido a los 67 años y, una hindú, a los 70 años^(42,43).

En la actualidad, mediante la intervención biomédica, las personas pueden congelar y almacenar sus células sexuales para ser utilizadas en algún momento futuro por ellas o por otras personas o instituciones. Estos y otros procesos están dando lugar a nuevas configuraciones sociales en torno a la procreación, y estas diversas técnicas requieren la participación de una tercera persona que, por ejemplo, done sus óvulos o sus espermatozoides para que una pareja heterosexual u homosexual tengan hijos. En 2007, una mujer canadiense donó sus óvulos a su pequeña hija que padecía un problema ovárico, de tal manera que cuando la niña creciera pudiera tener hijos⁽⁴⁴⁾. En 2009, en España, una pareja decidió tener un hijo seleccionándolo genéticamente para poder curar al hermano mayor que padecía una grave anemia congénita⁽⁴⁵⁾.

A su vez, en Israel, una pareja de ancianos, utilizando el espermatozoides congelado de su hijo que era soltero al morir, resolvió tener un nieto, para lo cual se vincularon con una mujer que quería ser madre soltera. En Israel, ya hay diez casos de niños concebidos a partir del espermatozoides de su padre muerto⁽⁴⁶⁾. Y para concluir con esta serie de casos, en EEUU observamos que un sujeto que durante veinte años fue mujer, y que luego cambió de sexo conservando su aparato reproductivo, ha tenido dos hijos, lo que fue decidido junto a su mujer, dado que ella no podía tener hijos. Por supuesto que muchos de estos casos son actualmente escasos, pero otros, como lo hemos señalado, implican ya a millones de sujetos.

Toda esta serie de casos evidencia una de las ideas madres de la antropología, y es que la sociedad y la cultura —y por supuesto los actores sociales— deciden qué hacer con

lo biológico, lo cual se pone de manifiesto en casi todos los casos expuestos, que muestran además cómo las nuevas técnicas han roto los límites del tiempo para gestar, así como otras técnicas pueden llegar a eliminar la menstruación, ya que se ha producido un fármaco que puede detenerla.

Estos y otros casos evidencian la creación de hijos a través de relaciones y procedimientos que, supongo, afectarán de alguna manera su subjetividad y sus relaciones. Pero no solo eso, sino que expresan los prejuicios sociales y raciales dominantes en determinadas sociedades y grupos, lo que se pone de manifiesto en la posibilidad que tienen los padres de seleccionar el sexo de sus hijos, lo cual dio lugar a una fuerte discusión parlamentaria en Inglaterra a principios del siglo XXI, que terminó aprobando que los padres pueden ejercer dicha selección⁽⁴⁷⁾.

Como sintetiza Peter Singer, los padres pueden actualmente utilizar fertilización in vitro, pueden solicitar diagnóstico prenatal, así como aborto selectivo. Y pueden conseguir óvulos, espermatozoides y embriones de personas que consideran genéticamente superiores⁽⁴⁸⁾, lo que implica que los padres pueden seleccionar embriones que tengan determinada característica genética, que puede ser solicitada —como ya vimos— para que el nuevo niño pueda operar como donante para curar una enfermedad que sufre su hermano mayor.

Pero para lo que más se está utilizando esta técnica, por lo menos en ciertos países, es para generar el aborto selectivo como ocurre en China, India, Vietnam y en otros países de Asia y del norte de África, donde se busca tener hijos varones y abortar cuando se detecta que el “producto” corresponde a una futura mujer. Esto se evidencia, por ejemplo, en China que, en 2010, nacían 86 mujeres por cada 100 hombres producto del aborto seleccionado socialmente y no de tendencias biológicas⁽⁴⁹⁾. Investigaciones han demostrado que en doce países, entre 1950 y 2017, se eliminaron por aborto selectivo a 23 millones de niñas; en 2017, hubo 863.000 abortos selectivos en China y 671.000 en India. Más aún, entre 1980 y 2010 hubo 12 millones de abortos selectivos en India, la gran mayoría

en grupos de ingresos y niveles educativos medios y altos⁽⁵⁰⁾. Cabe recordar que estas intervenciones no son realizadas por las medicinas mandarina ni ayurvédica, sino por los usos “culturales” biomédicos que, al mismo tiempo, han posibilitado “humanizar” estas técnicas, dado que tradicionalmente lo que se hacía –y por supuesto se sigue haciendo en sectores sociales de bajos recursos de determinadas sociedades– era matar a la niña al nacer.

Pero, además, estas técnicas posibilitan también seleccionar ciertos rasgos raciales en el futuro hijo, lo que en EEUU ha conducido a importar espermatozoides de países europeos y, especialmente, de los escandinavos, para que sus hijos tengan cabello rubio y ojos azules⁽⁵¹⁾. Como siempre, las consecuencias de las técnicas no están en las técnicas en sí, sino en los usos que se hace de ellas, en función de los objetivos afectivos, económicos o raciales de quienes las utilizan, pero asumiendo que la mayoría de estas técnicas van a ser utilizadas a través de la biomedicina.

Respecto de lo que estamos presentando, surge con bastante claridad que la medicina tendrá un papel cada vez mayor en ciertos comportamientos humanos básicos, como los que estamos señalando y, si bien esto viene ocurriendo desde que existen formas de sanación, actualmente se observa con mayor claridad, con el uso del viagra por parte de los varones, así como con los sucesivos fármacos que tratan de incrementar el impulso sexual femenino, lo que ha dado lugar a nuevos diagnósticos, como la disfunción sexual femenina que, según varios analistas, constituye una nueva enfermedad construida por la industria químico-farmacéutica, los médicos y los periodistas⁽⁵²⁾. Si bien una parte muy pequeña de los médicos cuestiona en forma acérrima estos “inventos”, otros facultativos niegan dicha invención en forma explícita, mientras la mayoría silenciosa los aplica.

Esto nos lleva a un aspecto central ya señalado y relacionado con la mercantilización de la biomedicina: gran parte de los tratamientos no pueden ser comprados por la inmensa mayoría de la población, ni pueden ser recetados por los sectores oficiales de

salud de la mayoría de los países, lo cual está conduciendo a que, por ejemplo, muchas parejas con problemas de fertilidad busquen estos tratamientos y otras estrategias como el “alquiler de vientres” en países periféricos, donde los costos son mucho menores, lo cual promueve el turismo médico hacia países como México⁽⁵³⁾.

UN NUEVO TIPO DE PACIENTE, PERO ¿CON QUE MÉDICOS?

Ahora bien, estos procesos están incidiendo en la relación médico-paciente, en la generación de un nuevo tipo de paciente, en nuevas posibilidades de autoatención, así como en el desarrollo posible de nuevas subjetividades, como trataremos de ver a continuación.

El desarrollo de la robotización de varios procesos del trabajo médico, no solo cuestiona los tipos de relación hasta ahora dominantes, basados en relaciones sociales humanas, sino que necesita ser vinculado con el futuro mercado de trabajo médico, dado que la robotización reducirá o eliminará una parte del trabajo médico por razones de costo, de eficacia, de precisión. Esto entra parcialmente en contradicción con las propuestas que consideran que los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención constituyen el principal campo de trabajo del futuro, por lo menos en los países desarrollados, sobre la base de la necesidad de generar estrategias de cuidados personales o microgrupales para personas que tienen cada vez más edad⁽⁵⁴⁾.

Es necesario pensar en varias posibilidades, de las cuales unas refieren a la posible desocupación médica, otras a lo que se gana y se pierde con la robotización desde la perspectiva biomédica; mientras otras refieren a la actitud y relaciones que los pacientes esperan de una atención robotizada que implica pensar en términos de afectividad y no solo de eficacia. Para ello, revisaré algunos aspectos a partir de los cuales analizar estas y otras posibilidades.

Hay un aspecto que ya señalamos, y que incide en la expansión de la biomedicina,

más allá del tipo de relación médico-paciente dominante, y me refiero a su eficacia comparativa no solo para combatir el cáncer o el ébola, sino para actuar sobre los problemas cardiovasculares, el VIH-sida o la reducción de la ansiedad. Más aún, es esta eficacia médica la que está conduciendo a una parte de los sujetos, con y sin VIH-sida, a practicar relaciones sexuales sin protección, tanto en países europeos, latinoamericanos como en EEUU. Esto también está generando un gran incremento de los casos de sífilis, ya que ambos casos se explican porque, conscientemente o no, los sujetos “saben” de la existencia de fármacos eficaces.

Esta eficacia, como ya vimos, se potenciaría con la investigación genética, y más allá de que ello ocurra, lo que se observa en países como EEUU o Inglaterra es que una parte de la población ya considera la medicina genética como la más eficaz y, a los genes, como las principales causales de sus padecimientos. Pero hay que reconocer que esta fuerte aceptación podría relacionarse con el papel que cumpliría la genética para las personas, dado que posibilita colocar en los genes la responsabilidad de las enfermedades y comportamientos y no en los sujetos. De tal manera que los genes pueden determinar mi adicción no solo al tabaco, sino a los bailes o a los juegos de azar. Más aún, los hijos hiperquinéticos no serían producto de las relaciones familiares, sino del gen de los trastornos de atención. Mi alcoholismo o mi anorexia, o incluso mis violencias, las puedo referir a un gen que no controlo y, por lo tanto, justificar mis conductas no solo hacia mí mismo, sino hacia los otros, como puede ocurrir cuando genero accidentes estando borracho, dado que mi alcoholismo es genético. Pero también los genes pueden generar responsabilidades parciales, y así el trastorno de atención o el alcoholismo que padecen mis hijos pueden ser producto de mis genes heredados por ellos, pero de lo cual tampoco soy responsable, aunque me sienta culpable. Por lo que

...la aceptación pública de la genética podría estar motivada por el deseo tanto

como por la verdad científica, en una época de incertidumbre, la biología parece proporcionar una respuesta concreta a comportamientos difíciles de explicar, y la fe en que la genética puede iluminar los aspectos metafísicos del ser humano es, para algunos, una lógica extensión de la creciente esperanza de que la genética pueda curar las enfermedades.⁽⁵⁵⁾

Es decir, la genética modificaría lo que hasta ahora constituía uno de los aspectos centrales de la relación médico-paciente, según el cual el paciente, por varias razones, siempre era el responsable no solo de su enfermedad, sino del fracaso de los tratamientos médicos. Más aún, la genética puede llegar a ser implementada por los sujetos y microgrupos según sus propios objetivos y necesidades sociales, económicos y de poder y, por supuesto, no solo respecto de sus enfermedades.

En términos de la relación médico-paciente necesitamos recordar la significación simbólica del médico y de otros curadores en el proceso curativo del paciente, lo que se ha evidenciado reiteradamente, por ejemplo, a través de los estudios sobre el efecto placebo del médico y/o del fármaco en sí en los pacientes, dado que estos no solo sienten que mejoran, sino que la aplicación de pruebas objetivas evidencia en varios estudios que realmente han mejorado, pese a que han consumido sustancias inocuas y no fármacos específicos. Incluso se han desarrollado investigaciones que han mostrado que, según sean las expectativas del paciente respecto del fármaco, este tiene mayor o menor eficacia, como ocurre, por ejemplo, respecto de la influencia del precio de los medicamentos en dicha eficacia.

El papel de los efectos simbólicos ha sido puesto de manifiesto reiteradamente, desde hace décadas. Uno de los más interesantes estudios al respecto es el de Francine Saillant sobre la reducción de la mortalidad por cánceres terminales en Canadá⁽⁵⁶⁾, lo que no podía ser atribuido durante las décadas de 1970 y 1980 a fármacos eficaces, pues no existían, y que esta investigadora atribuyó a lo que podemos llamar “el principio esperanza”, dado

que no solo los pacientes, sino los médicos confiaban en que “pronto” se desarrollaría un medicamento eficaz contra el cáncer. Considero que este efecto placebo no ha sido utilizado intencionalmente por los médicos, sino que surge como parte de su experiencia clínica, pero no como parte del saber médico. Por lo que no solo sería importante incluirlo sistemáticamente en la formación profesional, sino que nos conduce también a reflexionar sobre ¿qué pasará con este efecto placebo, cuando se imponga la robotización médica? Como puede desaparecer, tal vez coloquemos el efecto placebo en el robot, como algunos países que están colocando la “fe” en la genética.

Toda esta serie de procesos indican la persistente influencia médica sobre el paciente, como ocurre con el hiperpreventivismo, que implica modificaciones en la relación médico-paciente. Y así, por ejemplo, observamos la tendencia de mujeres en EEUU que extirpan sus senos sanos para evitar contraer cáncer de mama. Esta tendencia logró un notable impacto mediático cuando, en 2013, la actriz Angelina Jolie, decidió extirparse sus senos, aduciendo que una prueba genética indicaba que podía llegar a tener cáncer en ambos senos, y que su madre había muerto por cáncer de mama. La intervención que se realizó Angelina Jolie le redujo en un 87% la posibilidad de contraer dicho cáncer, lo que se difundió ampliamente, contribuyendo a expandir aún más este tipo de intervenciones. Y, a raíz de este caso, *The Huffington Post* señaló que la doble mastectomía se estaba convirtiendo en una epidemia en EEUU⁽⁵⁷⁾.

A su vez, Jolie envió una carta a *The New York Time*⁽⁵⁸⁾, para motivar a otras mujeres a que, ante situaciones como la suya, tomen su misma decisión. Pero este tipo de cirugías, así como su recuperación reconstructiva, son muy caras, y solo un sector social puede realizarlas. Al respecto, es importante consignar que, si bien los médicos reconocen la posibilidad de realizar este tipo de operaciones, los facultativos más reputados no la aconsejan por varias razones, por lo que necesitamos asumir que la decisión de hacerlo correspondió exclusivamente a Angelina Jolie y a su

pareja. Es decir, es el paciente quien decide sobre su enfermedad, así como también decide sobre determinados “tratamientos”, aunque a partir de concepciones biomédicas.

Y así, por ejemplo, observamos que son las mujeres las que deciden hacerse implantes para tener ciertos tipos de senos, contrayendo la posibilidad de generar cánceres, como ha ocurrido recientemente con el caso de una de las principales empresas francesas productoras de implantes de senos⁽⁵⁹⁾. Así, como son las mujeres las que han impulsado notablemente el uso de la “píldora de emergencia”, aprobada en 2004 por la Secretaría de Salud de México, con el objetivo de evitar embarazos producto de violaciones, y no como medio de anticoncepción⁽⁶⁰⁾. El sector salud mexicano tuvo que justificar la colocación de este fármaco en la tabla básica de medicamentos, dadas las críticas de la Iglesia católica y de médicos católicos que consideraron que el objetivo real era abortivo, o por lo menos anticonceptivo, lo que indudablemente era real. La venta libre de este fármaco tiene que ver con el programa de planificación familiar que ha tratado continuamente de reducir la tasa de natalidad, lo que se observa actualmente con claridad, dado que es el método anticonceptivo hormonal más utilizado, especialmente por jóvenes de doce a catorce años, para tener relaciones sexuales sin miedo a embarazarse.

En varios países, pero especialmente en EEUU, los pacientes solicitan a sus médicos realizarse determinados estudios para estar seguros de que no sufren determinados padecimientos, así como solicitan determinados tipos de medicamentos para tratar sus problemas físicos y mentales. Es decir, el paciente tiene un rol activo, por lo menos respecto de ciertos procesos, como el de solicitar intervenciones quirúrgicas para modificar los rasgos de la cara y, especialmente, de los ojos, en el caso de las mujeres de China, que en pocos años se ha convertido en uno de los países con el mayor número de este tipo de intervenciones solicitadas por los pacientes⁽⁶¹⁾.

En nuestro estudio realizado en Yucatán, encontramos que la mayoría de la población de una comunidad mediana, prefería

la atención de un especialista médico, sobre todo privado, más que la consulta con otro tipo de curador biomédico o no biomédico. Esto mismo lo encontramos en otros contextos, confirmando este papel dinámico del saber popular que, sin embargo, el saber médico ha visto siempre en términos negativos, lo que posiblemente comience a modificarse con el desarrollo y reconocimiento del paciente bien informado.

La biomedicina ha partido, hasta ahora, del supuesto de que el paciente no sabe, está equivocado o no entiende, lo que cada vez más tiene que convivir con tendencias que se vienen observando desde la década de 1970, como es el caso del “paciente bien informado”; un paciente caracterizado por manejar, en términos técnicos, información biomédica respecto de su propia enfermedad. Su objetivo no es la crítica a la biomedicina, sino utilizarla lo mejor posible, lo que puede implicar diferencias con los curadores biomédicos.

Y este paciente bien informado, en algunos países, se desarrolla desde la niñez, pero sobre todo en forma práctica y referida al padecimiento que sufre el sujeto. Y así, en hospitales suecos hay sitios web para que consulten los niños y adolescentes que van a tener intervenciones quirúrgicas, en los que a través de dibujos animados y juegos se les enseña lo que le harán en la operación, lo que los tranquiliza de los miedos e incertidumbres que tienen, a través de una fuente de información a la que están “adheridos” desde casi cuando nacen: Internet.

El paciente bien informado trata de obtener toda la información posible sobre su propia enfermedad, incluida la que manejan sus médicos privadamente, lo que es reconocido por médicos de EEUU, quienes consideran que estos pacientes tienen mayores posibilidades de cuidarse más, cumplir mejor con los protocolos de medicamentos recetados e, incluso, detectar más tempranamente señales de enfermedad. Y la tendencia, según estos médicos, es que la gente querrá tener cada vez más información sobre sus enfermedades.

Por supuesto que esta tendencia necesita articularse con otra, y me refiero a la búsqueda

obsesiva de salud por una parte de los sujetos actuales, de tal manera que la salud se convierte en la preocupación central de sus vidas, evidenciándose en las reglas de alimentación, de descanso, de sueño, de ejercicio, que tratan de cumplir estas personas para vivir “sanas”, convirtiendo esa búsqueda obsesiva en un nuevo padecimiento.

Por lo tanto, necesitamos asumir que una parte de los pacientes bien –y también mal– informados cuestionarán cada vez más determinados aspectos de la biomedicina, como ha venido ocurriendo en forma creciente –como ya señalé– con el rechazo a las vacunas por parte de una población que, en su mayoría, corresponde a estratos sociales con niveles educativos altos. Esto ha llevado a la OMS, en 2019, a entender dicho rechazo como una de las diez principales amenazas a la salud pública a nivel mundial⁽⁶²⁾, aunque en el estado de California (EEUU) una parte de los médicos apoyan dicho rechazo a las vacunas. Considero que toda una serie de procesos evidencian el incremento del papel del paciente en relación con el médico y las instituciones médicas, pero por ahora no queremos establecer conclusiones fáciles que cuestionen, por ejemplo, las fáciles conclusiones de Michel Foucault sobre el biopoder y el poder médico. Esta relación, es mucho más compleja y variada que los esquematismos propuestos por Foucault y los foucaultianos.

A su vez, debemos relacionar estas tendencias con otras actuales vinculadas a la información que manejan las personas sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención que, hasta no hace mucho, provenía de su propia experiencia personal con los diferentes tipos de curadores y de la información recibida de familiares y amigos y, en un muy segundo nivel, la que obtenía de los medios de comunicación. Pero desde hace algunas décadas, la tendencia es que gran parte de la información se obtiene a través de Internet, donde junto a información correcta hay una saturación de noticias no solo incorrectas, sino falsas. Y si bien siempre hubo noticias falsas e incorrectas, Internet posibilita su difusión inmediata con una posibilidad

y velocidad inexistente hasta hace pocos años. Por lo tanto, las instituciones médicas son las que aparecen como el lugar de la seguridad informativa sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, pero es un lugar que necesita compartir con otros actores sociales y que implica el desarrollo de estrategias que hasta ahora no han evidenciado su eficacia, no tanto para detectar la falsedad de la información, sino para reducir o eliminar su impacto⁽²⁾.

Estas y otras tendencias han dado lugar a que se plantee la necesidad de que el paciente tenga la mayor información posible respecto de sus padecimientos, e incluso respecto de los médicos que los atienden. Esta tendencia se generó, sobre todo, en EEUU, donde desde 1997, por ejemplo, los ciudadanos del estado de Massachusetts tienen acceso al historial profesional de los médicos que los atienden, para saber si han tenido problemas de “malas prácticas” y de otras acciones que perjudiquen al paciente. Los pacientes en Massachusetts tienen ahora acceso a esta información a través de Internet, lo que ha sido fruto de la presión de grupos de pacientes, ya que los médicos se negaban a dar ese tipo de información hasta 1996, cuando la Sociedad Médica de Massachusetts respaldó la solicitud de dichos grupos⁽⁶³⁾.

En el caso de un país como México, desde 2003, los pacientes tienen derecho a obtener una copia de su expediente médico, de tal manera que entre 2003 y 2011 los pacientes han realizado 41.502 solicitudes de sus expedientes médicos, de los cuales 1.226 no han sido entregados por las autoridades médicas⁽⁶⁴⁾. Pero la inmensa mayoría de la población, no sabe que puede tener este acceso, dado que ha tenido muy escasa difusión, no solo por parte del sector salud, sino también de las organizaciones no gubernamentales.

Estas y otras tendencias se relacionan además con el llamado consentimiento informado que, si bien se planteó en 1946 en el marco de los Juicios de Núremberg realizados a los médicos que adhirieron a las prácticas eugenésicas desarrolladas durante el nazismo, recién en 1964 se organizó como propuesta específica durante la Asamblea

Médica Mundial⁽⁶⁵⁾ realizada en Helsinki, primero para tareas de investigación, y más tarde de atención biomédica.

En México, el consentimiento informado pasó a formar parte de la Ley General de Salud⁽⁶⁶⁾, de tal manera que los pacientes pueden aceptar o rechazar la propuesta de tratamiento indicada por su médico, obligándolo a promover la libertad de decisión de los pacientes⁽⁶⁷⁾, por lo que para las intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos, así como para su participación en investigaciones biomédicas, el médico debe obtener el consentimiento informado del paciente. Según la nueva ley, el personal médico debe informar al paciente y/o a sus familiares de manera objetiva, suficiente, clara, veraz, oportuna y basada en evidencia científica, sobre el estado que guarda su salud, así como sobre los procedimientos y tratamientos médicos clínicos y quirúrgicos que se indiquen y los posibles riesgos que tengan las intervenciones médicas, así como también, de ser posible, ofrecerles más de una opción para que los pacientes decidan con libertad y autonomía y teniendo en cuenta sus deseos y preferencias, de forma libre y sin coacciones, lo cual según datos cualitativos obtenidos desde entonces, no estaría ocurriendo, por lo menos con estas especificaciones.

Esto se evidenció en 2015, cuando la Corte Suprema de Justicia exhortó a las autoridades de salud a que tomen las medidas necesarias para que los médicos informen debidamente a sus pacientes sobre los beneficios y riesgos esperados, antes de la aplicación de cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación o de investigación, subrayando la autodeterminación del paciente en el rechazo o aceptación del tratamiento propuesto, y la necesidad de que el consentimiento informado que acepta el paciente, señale con claridad cuáles son los riesgos y beneficios de la intervención, así como otras opciones.

Dicho dictamen se hizo a raíz de que una persona, que firmó el consentimiento informado, fue operada, pero quedó discapacitada, por lo que hizo un reclamo legal. Allí se encontró que el consentimiento firmado no había sido redactado en lenguaje

comprensible para la paciente, respecto a los riesgos mínimos y graves que tenía la intervención; al contrario, dichos riesgos estaban descritos de manera general y abstracta. Esto implica, entre otras cosas, que una parte de los médicos aplican el consentimiento informado de tal manera que puedan evadir las consecuencias de sus malas prácticas, no solo no informando al paciente, sino ocultando los riesgos.

Considero que el consentimiento informado ha surgido con un doble objetivo: por una parte, cuidar al paciente de las malas prácticas pero, por otra, cuidar también al médico de las acusaciones de malas prácticas. Más aún, son estas necesidades médicas las que han conducido, sobre todo en EEUU, a plantear al paciente una suerte de coterapia, dado que si el paciente se corresponsabiliza de los tratamientos, no podrá denunciar al profesional por malas prácticas.

Es decir que nos encontramos con un proceso en el que ciertas tendencias impulsan el reconocimiento del papel del paciente, considerando la necesidad de que cuente con la mayor cantidad de información posible; mientras otras tendencias, aun aceptando propuestas como las del consentimiento informado, siguen operando como ha operado el modelo médico hegemónico: no solo dando escasa información al paciente, sino considerando que el paciente no debe tener dicha información.

En este proceso operan varios mecanismos de poder que, a mi juicio, se vinculan a toda una serie de desarrollos que posibilitan que el saber médico pueda ser apropiado por la población y, sobre todo, por los pacientes. Y de lo que más buscan apropiarse los pacientes es de los indicadores diagnósticos y, sobre todo, los tratamientos farmacológicos, lo que es parte normalizada de la vida cotidiana como hemos observado, por lo menos, en dos investigaciones realizadas en dos comunidades de Yucatán⁽⁶⁸⁾ y en una comunidad de Guanajuato, y este proceso se ha acelerado a través de las nuevas tecnologías de la información. El médico ha tratado históricamente de excluir la participación/información del paciente, pues este puede apropiarse de los

instrumentos con los que el profesional trabaja y a través de los cuales es eficaz. De allí que la automedicación, que cada vez más se basa en prescripciones médicas, haya sido el objetivo central de las críticas médicas hacia la población.

Una parte de los procesos señalados implicarían el desarrollo de un tipo de consulta médica que posibilite no solo que el paciente tenga más información, sino que tome decisiones a través de un proceso dialógico. Pero ocurre que las tendencias reales llevan a disminuir el tiempo de la consulta médica, sobre todo a nivel de la atención primaria en las instituciones oficiales; por lo que, en los hechos, ciertos contextos limitan la generación de información y, más aún, en términos dialógicos. Esta situación se potencia –como ya vimos en el caso de China– por el desarrollo de las consultas “en línea”, que operan tanto para padecimientos físicos, como para padecimientos mentales. Y así, por ejemplo, en varios países europeos se han desarrollado tratamientos psicológicos “en línea” para la depresión y para los trastornos bipolares y psicoterapias a distancia, por videollamadas o por Skype⁽⁶⁹⁾.

Ahora, si bien hemos presentado ciertos cambios en los médicos, en los pacientes y en sus posibilidades de relación, necesitamos asumir que son solo una parte de las modificaciones que se están dando, y que remiten a muy diferentes dimensiones de la realidad. Y así observamos que los médicos generales y los especialistas se van a encontrar cada vez más con mujeres que han decidido no tener hijos o que han decidido tenerlos después de los cuarenta años, e incluso como vimos después de la menopausia. En países como España e Italia, las mujeres están teniendo a sus hijos cerca de los 42 años. Los médicos van a tratar a pacientes cada vez más longevos, y se van a enfrentar a una constante disminución de pacientes infantiles.

La medicina actual no solo se orientará hacia los cuidados paliativos, hacia curar la vejez o hacia la detección a distancia de cuadros de depresión, sino que participará protagónicamente en los casos de suicidio asistido. Y, además, de una manera no demasiado

esperada, ya que en un país como Holanda, “las peticiones de eutanasia las pueden hacer menores de edad, en algunos casos con el consentimiento de los padres (entre los 12 y 16 años inclusive) y sin el consentimiento, aunque participando en la decisión final (entre los 16 y 17 años)”⁽⁷⁰⁾. Por lo tanto, aquellos que decidan suicidarse de forma asistida, van a necesitar la decisión de un comité de asistencia formado por un médico, un abogado y un familiar, que decidirá si el sujeto tiene derecho a suicidarse asistidamente.

Más aún, dado el encarnizamiento terapéutico, pero también dado el sistema de creencias familiares, la medicina enfrentará cada vez más la decisión o no de aplicar la eutanasia ante casos imposibles de curar y sometidos a sufrimientos o a vivir en estado vegetativo. Y esto, tendencialmente, se incrementará. Es decir, pese a la genética, y cada vez más debido a ella, la biomedicina tendrá que tomar decisiones que implican valoraciones sociales, culturales, económicas, y no solo biológicas. Pero estas decisiones tendrán que ser cada vez más consensuadas con los pacientes y/o con sus familiares y amigos, aunque lo que no parece que se consensuará son las orientaciones mercantilistas de la investigación biomédica, de la industria químico-farmacéutica y de la inteligencia artificial.

Hay otro proceso que se está dando, sobre todo a través de ciertas especializaciones, pero también a nivel de la atención primaria, que es el de la feminización de la profesión médica, lo cual puede tener implicaciones para el tipo de relación médico-paciente a desarrollar, de tal manera que la feminización podría generar una mejor relación. Sin embargo, según algunas experiencias, lo que se observa es el dominio de una conducta de rol, es decir, el rol médico se impone al comportamiento femenino. Pero este es un aspecto sobre el que tengo escasa información, aunque puede ser decisivo para ciertos cambios del MMH.

Además, la feminización se debe también dar en el campo de la investigación, y no me refiero solo a la profesión de investigador, sino al tipo de investigación biomédica que está basada en machos y no en hembras,

dado que casi todos los estudios realizados sobre ratones han trabajado con machos, para evitar las interferencias de los ciclos reproductivos de las hembras en los resultados de las investigaciones. Más aún, si bien hay enfermedades que se dan más en mujeres, como la esclerosis múltiple y la depresión, las investigaciones se hacen generalmente sobre animales machos, por lo que la eficacia y las consecuencias de los medicamentos están probadas básicamente en estos animales y en varones humanos, y las peores consecuencias en los usos de fármacos se generan potencialmente en las mujeres.

Un aspecto relevante a considerar, es que la feminización tiene también que ver con el proceso de proletarización de la profesión médica, dado que las mujeres siguen percibiendo, en la mayoría de los países, más bajas remuneraciones que los varones en términos generales, y aun realizando el mismo tipo de trabajo.

¿HACIA UN NUEVO MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO?

Los procesos, y no solo los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, no son mecánicos, unilaterales ni definitivos; los procesos incluyen y a veces evidencian las fuerzas sociales que operan en ellos, por lo que en el desarrollo de la biomedicina conviven diferentes tendencias y proyectos que a veces están claramente diferenciados, pero también articulados de diferente manera. Y esto se da por diferentes factores, que no vamos a analizar ahora, pero que nos llevan a recordar que la biomedicina se desarrolla en relación con otras formas de atención, dentro de procesos económico-políticos e ideológico-culturales, y respecto de pacientes que están modificando su actitud y expectativas de relación.

Por lo tanto, tendríamos que buscar la hegemonía médica respecto de las propias corrientes biomédicas, pero también respecto de otras formas de atención, señalando desde ahora que en las sociedades más o

menos occidentales, las formas alternativas o paralelas son indudablemente subalternas, por lo que los procesos de hegemonía/subalternidad en términos de posibles luchas se dan básicamente entre las corrientes biomédicas. Y por eso y por otras razones dejamos de lado las otras formas de atención y nos concentramos en las biomédicas, aunque señalando que la inclusión de las otras formas sería importante para observar si hay potenciales formas no biomédicas que pueden devenir hegemónicas.

A partir de la información presentada, pero también de otros materiales, observamos que dentro de la biomedicina actual hay toda una serie de características que aparecen como dominantes –como el biologismo, el pragmatismo o la mercantilización– pero que pueden incluir características aparentemente contrastantes y hasta ahora secundarias. Me refiero a las tendencias que están cuestionando y modificando, de diversas formas, la asimetría de la relación médico-paciente, así como a los factores que están impulsando el deterioro del estatus médico, incluido el deterioro de su salud. Y, conjuntamente, hay una serie de tendencias que proponen otras características y orientaciones, que no solo disienten, sino que cuestionan al MMH, aun compartiendo ciertas características y funciones, y me estoy refiriendo a algunas de las tendencias enumeradas al principio del texto, incluida la medicina social crítica.

Pero, como señalé previamente, en este texto solo me referí al posible nuevo MMH que he tratado de perfilar, incluyendo algunos comentarios coyunturales sobre las otras posibilidades. Como ya señalamos, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención –por lo menos en los países capitalistas desarrollados, incluidos la mayoría de los periféricos como los de América Latina y el Caribe– serán los que darán lugar en el futuro a la creación del mayor número de puestos de trabajo, gran parte de los cuales tendrán que ver con el cuidado y acompañamiento de personas, dado el alto número y porcentaje de sujetos considerados como ancianos, y posiblemente discapacitados en términos físicos y mentales. Por lo tanto, si bien se

incrementarán notoriamente los puestos de trabajo médico para ciertas especialidades, la mayoría de los puestos de trabajo que se crearán en el campo de la salud no serán para médicos, sino para el personal de cuidado y enfermería, así como para masajistas que irán incluyendo, además, técnicas no biomédicas, pero cada vez más medicalizadas. Correlativamente, se generará una demanda de investigadores en el campo de la salud, pero vendrán cada vez más de la biología, de la ingeniería genética, de la psicología genética y similares.

Además, tanto la robotización como la inteligencia artificial, en general, tenderán a reemplazar al personal humano, por razones de costos, de eficiencia y de eficacia. Y así, por ejemplo, en EEUU, Johnson & Johnson ha creado un sistema para automatizar las anestésias quirúrgicas, que permitirá que un solo anestesiólogo pueda atender hasta diez operaciones al mismo tiempo, en lugar de tener un anestesiólogo por cada quirófano. Más aún, los médicos podrán ser reemplazados por robots, los que podrían realizar operaciones durante las 24 horas del día, lo que abatiría costos y tiempos de espera, pero excluiría a los médicos⁽⁷¹⁾.

La que en pocos años pasará a ser la principal potencia económica del mundo, y me refiero a China, es el país que actualmente utiliza más robots en todas las áreas del campo productivo, incluidas las industrias de la enfermedad y de la salud. Dicha expansión robótica se debe a varios factores, pero sobre todo a dos que nos interesan especialmente respecto del campo biomédico. En primer lugar, el desarrollo constante de saberes científicos y técnicos implica que los profesionales se convierten más rápido en obsoletos, sin que la mayoría pueda actualizarse con la velocidad y pertinencia que se requiere, lo que sí ocurre en el caso de los robots que pasan a ser reprogramados o incluso pueden llegar a reprogramarse a sí mismos. Pero, además, toda nueva técnica puede ser incluida en forma inmediata en los robots que están operando en, por ejemplo, atención primaria, lo que en el caso de humanos implicaría un proceso de aprendizaje individual diferido,

que no asegura la apropiación de una nueva técnica.

Y no es un hecho secundario, la robotización no solo tiene que ver con costos y eficacias, ya que según Cooley “en la Conferencia sobre Tecnología de Robots celebrada en abril de 1973 en la Universidad de Nottingham [...], uno de los fabricantes de robots señaló que ‘los robots representan la búsqueda lógica de la industria de una fuerza laboral obediente’”(72), lo que ha sido uno de los imaginarios más constantes de los sectores empresariales.

Ahora, en el campo de las intervenciones quirúrgicas y traumatológicas, aunque mucho menos en el del diagnóstico, la robotización no implica demasiadas consecuencias en términos de relaciones sociales; sin embargo, para los tratamientos y sobre todo para los cuidados intensivos o no, las relaciones personales son cada vez más necesarias. Por lo tanto, no sabemos si la robotización se humanizará cada vez más o si la llamada atención personalizada se convertirá realmente en personalizada a través de seres humanos que aprendan a desarrollar otro tipo de lazos sociales en la relación médico-paciente, dado que –como vimos– se ha ido constituyendo un tipo de paciente que busca una relación cada vez más simétrica con el personal de salud, y no solo en términos sociales, sino técnicos.

Si bien se observa, como ya señalamos, un notable y creciente uso de la telemedicina en China, así como el caso de los padecimientos mentales en países europeos, sin embargo, en EEUU y en Gran Bretaña el uso de estas prácticas es reducido, tal como lo muestra un sondeo de la empresa J.D. Power, en julio de 2019, que encontró que en EEUU solo el 9,6% de la población había usado telemedicina en los doce meses anteriores a la consulta, mientras en el Reino Unido, según el Digital Health Council, solo el 1% del cuidado de la salud se proporciona a través de videollamadas o mensajes de texto(73).

Es decir que hasta ahora la telemedicina ha tenido, por lo menos en varios de los países capitalistas centrales, una escasa expansión debido a regulaciones gubernamentales que tratan de proteger la privacidad del enfermo, a la falta de motivación por parte de

los pacientes, así como a una falta de interés por parte de las grandes empresas contratantes de seguros médicos para sus trabajadores, en el caso de EEUU, y del sector salud, en el caso del Reino Unido.

Pero además, los médicos formados recientemente tratan de utilizar los nuevos medios técnicos para enfrentar de alguna manera la amenaza robótica, por lo que manejan toda una serie de aplicaciones electrónicas que operan a nivel clínico, de tal manera que ahora pueden utilizar una aplicación para consultar dosis de medicamentos e interferencias entre estos y, otra, para establecer perfiles de riesgos de sus pacientes(74).

Ahora bien, uno de los problemas que tiene y seguirá teniendo la formación médica refiere a la fuerte orientación genética actual de la biomedicina, lo que implica un cambio en los programas formativos para que el médico pueda comprender y manejar técnicamente estos aspectos, y así ejercerlos con idoneidad en sus intervenciones. La cuestión –al igual que lo que ocurre actualmente, por ejemplo, con la farmacología– es si el médico manejará o no estos y otros aspectos en forma idónea y relativamente autónoma, o en forma más o menos mecánica y superficial. Y algo similar nos planteamos respecto de los usos clínicos y preventivos de la computación, de la robótica o de la nanotecnología.

Aun cuando la biomedicina considera cada vez más que las causalidades de todas las enfermedades son genéticas, sigue proponiendo también que los estilos de vida, las relaciones sociales y los determinantes sociales cumplen un papel, si no en la causalidad, por lo menos en el desarrollo de los padecimientos. Así, el biologismo genético emerge como el principal determinante de la causalidad de los padecimientos, pero también como el principal componente en el caso de los diagnósticos, tratamientos y prevenciones, por lo que necesitamos establecer con mucha mayor precisión qué papel realmente les darán los médicos a los estilos de vida y a los determinantes sociales. Y dado que, hasta ahora, el uso ha sido superficial y mecánico, considero que se incrementará la adhesión a la “solución” genética(75).

Y estos procesos y tendencias operan respecto de un paciente que, como vimos, quiere vivir cada vez más, lo más sano y joven que pueda; un paciente que no solo demanda más información sobre sus enfermedades, sino que, por diferentes razones, en algunos países, puede consultar sus historias clínicas, e incluso datos sobre las características de sus médicos. Más aún, una parte de los médicos está proponiendo que los pacientes deben participar en la definición del diagnóstico y del tratamiento, cuestionando no solo el paternalismo médico, sino su verticalidad, y postulan algo así como la coatenCIÓN y la necesidad del empoderamiento de los pacientes.

Cabe recordar que hace más de veinte años, en 1998, el Consejo Nacional de la Federación de Médicos italianos propuso que se reemplazara el término paciente por el de ciudadano⁽⁷⁶⁾, persona o enfermo según las circunstancias, lo que constituyó el reconocimiento de un nuevo tipo de paciente que no solo cuestiona la asimetría dominante en la relación médico-paciente, sino que reclama autonomía frente al médico. Esto significaría un distanciamiento radical respecto de ciertas características del MMH actual.

Ahora bien, las orientaciones biomédicas dominantes en la actualidad tienden a excluir o subordinar en los hechos los aspectos sociales, culturales, psicológicos, económicos y de poder, respecto de un paciente que potencialmente puede elegir qué hacer frente a sus padecimientos, dados los recursos informativos y económicos que tiene, pero dentro de un mundo donde la mayoría no puede elegir, aun teniendo información, dadas sus limitadas condiciones de vida. Por lo tanto, este tipo de propuestas remite a dos orientaciones aparentemente contradictorias ya que, por una parte, el sistema neoliberal dominante apoya la existencia de un sujeto informado, autónomo, con capacidad de intervención, y al mismo tiempo señala o connota que es en función de ello que dicho sujeto tiene que hacerse cargo económicamente de sus enfermedades, lo que podemos observar en las últimas tendencias de los denominados Estados de bienestar europeos y, sobre todo, en las políticas de salud de EEUU, orientadas cada

vez más por el mercantilismo. Pero es en los países dependientes en los que se evidencia esta situación de forma más negativa dado que, por ejemplo, en un país como México, más del 50% del gasto en salud es “gasto de bolsillo”, es decir, lo paga la gente, y no necesariamente para consumir medicina robotizada, tendencia que ha sido impulsada por más de tres décadas de políticas neoliberales.

Y es justamente respecto del mercantilismo y las desigualdades que formularé mis últimos comentarios, dado que ambos están saturando, de forma directa o indirecta, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, de tal manera que las características que observamos en las investigaciones biomédicas, los diagnósticos, los factores de riesgo, los tratamientos, y las prevenciones no pueden entenderse si no incluimos el proceso de mercantilización y las desigualdades socioeconómicas.

Y este es un aspecto central en el desarrollo del nuevo MMH, ya que la industria químico-farmacéutica y, cada vez más, la relacionada con la genética y la robótica se han convertido en algunas de las empresas más rentables en términos capitalistas actuales y futuros. Industrias que tendrán como objetivo la salud de sujetos que están más allá de la tercera edad, lo que se dará dentro de contextos en los que crecen cada vez más los costos de atención y de prevención de la enfermedad y que, por lo tanto, evidenciarán cada vez más las desigualdades socioeconómicas en general y respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención en particular, como lo está demostrando la pandemia de coronavirus, a nivel de cada país y a nivel comparativo entre países.

Lo que nos lleva nuevamente a reflexionar: ¿en qué sistema social pueden desarrollarse estos nuevos procesos parcialmente descritos para que operen no solo en términos eficaces y pragmáticos, sino en términos igualitarios? Necesitamos una vez más sostener que, sin negar el papel que la biomedicina tiene en su propio desarrollo, no me cabe duda de que su orientación, en términos de una salud colectiva o de una salud estratificada, dependerá de las fuerzas sociales,

económico-políticas e ideológico-culturales que se hagan cargo de dicha orientación.

Señalado esto, y asumiendo las notorias diferencias entre países y regiones, observamos que la biomedicina se sigue caracterizando por el individualismo, la asocialidad, el mercantilismo, el pragmatismo, la focalización en el segundo y sobre todo tercer nivel de atención, así como por un mayor radicalismo biológico, que ahora necesita articularse con el desarrollo de una mayor simetría en la relación médico-paciente impulsada por los pacientes, así como con una biomedicina en la que el papel del médico puede ser reemplazado casi en su totalidad tanto por formas robotizadas, como por una atención basada en cuidados humanos.

Todo indica, además, que los sectores empresariales de los países capitalistas centrales y los impulsados por el gobierno chino tienden a apoyar fuertemente la inteligencia artificial; y pese a las fuertes críticas que han surgido dentro del propio mundo de la inteligencia artificial, ya que los usos se orientan hacia los objetivos mercantilistas de los dueños de las empresas y/o hacia los objetivos de control de los gobiernos, y no hacia las necesidades de los conjuntos sociales. Más aún, el desarrollo de estas industrias está favoreciendo el incremento de las desigualdades, no solo en términos económico-sociales, sino raciales y de poder, como lo hemos ido señalando en el texto. Como concluye Peter Singer, lo más probable es que los ricos continúen siendo más ricos, más longevos y más exitosos que los pobres, y que hereden sus ventajas a sus hijos, quienes sacarán provecho de las técnicas genéticas más sofisticadas a las que tendrán acceso y seguirán asegurando su "superioridad"⁽⁴⁸⁾.

Por lo tanto, considero que, pese a ciertos procesos como la emergencia de un paciente más activo, la constante pérdida de estatus

social de la mayoría de los profesionales, y una vertiginosa producción de nuevas explicaciones y técnicas biomédicas, no observamos cambios que nos indiquen que estamos ante la posibilidad de un nuevo MMH, sino que constituye una variante del modelo dominante hasta ahora, que incluye la mayoría de sus características, y cumple las funciones enumeradas.

Esto no niega reconocer la existencia de países con sistemas de salud que hasta ahora han promovido y logrado no solo eficacia, sino reducir al máximo las desigualdades socioeconómicas en salud, como es el caso de los países escandinavos. Y tampoco niega que existen tendencias biomédicas y sociomédicas que, a nivel teórico, proponen alternativas, así como proyectos económico-políticos minoritarios que pueden impulsar otras características. Pero en este texto solo hemos tratado de observar las posibilidades futuras de las tendencias biomédicas analizadas, dentro de las condiciones económico-políticas dominantes, sobre todo en los países capitalistas de punta y, en menor medida, en los periféricos. Y, como señalamos, todo indica que se perfila un MMH que incrementa algunas de las principales características actuales, pero dentro de procesos de salud-enfermedad-atención-prevención en los que los pacientes pueden tener un protagonismo e incidencia que no registramos en el modelo actual.

Y para concluir, esto no lo planteo solo en términos de autoatención, sino de participación activa en la relación médico-paciente e institución médica-paciente. Es a partir de este desarrollo evidente, por lo menos en ciertos contextos, que tal vez puedan impulsarse cambios en el MMH actual, articulado a los crecientes procesos de proletarización y de desigualdad socioeconómica que se están dando dentro de la profesión médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez EL, Di Pardo RB. La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud Colectiva*. 2008;4(1):9-30. doi: 10.18294/sc.2008.314.
2. Menéndez EL, Di Pardo RB. Miedos, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. México DF: CIESAS; 2009.
3. Menéndez EL. Las influencias por todos tan temidas o de los difíciles usos del conocimiento. 2010;(32):17-34.
4. Menéndez EL. Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México DF: Secretaría de Educación Pública, CIESAS; 1983.
5. Menéndez EL. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Remedios de Escalada: De la UNLa; 2020. doi: 10.18294/9789874937490.
6. Golub ES. *The limits of medicine: How science shapes our hope for the cure*. New York: Random House; 1994.
7. Lyon J, Gorner P. *Altered fates gene therapy and the retooling of human life*. New York: W.W. Norton & Co.; 1995.
8. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* [Internet]. 2018 [citado 10 dic 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y5sj3nml>.
9. Jordan B. *Les imposteurs de la génétique*. Paris: Éditions du Seuil; 2000.
10. Hafner K. Nuevo enfoque a soledad en los mayores: curarla. *Reforma*. 17 sep 2016.
11. Conrad P. *Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior*. Lexington: D. C. Heath; 1976.
12. La Rosa E. *La fabricación de nuevas patologías: de la salud a la enfermedad*. Lima: Fondo de Cultura Económica; 2009.
13. Grady D. Detecta IA con éxito el cáncer pulmonar. *Reforma*. 1 jun 2019.
14. AFP. La IA permite cirugías "más seguras y precisas". *La Jornada* [Internet]. 7 ene 2020 [citado 10 ene 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yct3zdyk>.
15. Robots realizan cirugías. *El Sol de México* [Internet]. 29 ago 2017 [citado el 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ya8453ek>.
16. Castillo N. Simulación clínica, herramienta para que los médicos aprendan de sus errores sin afectar a pacientes. *Ciencia UNAM-DGDC* [Internet]. 21 jun 2019 [citado 21 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/y9h68ypu>.
17. Europa Press. Desarrollan brazo protésico motorizado con tacto y que se mueve con el pensamiento. *La Jornada* [Internet]. 26 jul 2019 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9d9k9dn>.
18. Notimex. Crean prototipo de corazón impreso en 3D a partir de tejido humano. *La Jornada* [Internet]. 16 abr 2019 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8spt2qa>.
19. Europa Press. Prueban un nuevo análisis de sangre que detecta 20 tipos de cáncer con precisión. *La Jornada* [Internet]. 1 oct 2019 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3727amz>.
20. La Jornada. Desarrollan prueba de sangre que permite la detección temprana de 50 tipos de cáncer. *La Jornada* [Internet]. 2 abr 2020 [citado 3 abr 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7d72bk4>.
21. UNAM Global. Así son los nuevos lentes de contacto para diabéticos. *Excelsior* [Internet]. 23 mar 2018 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yd3avn6a>.
22. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2009;374(9690):628-634. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61257-5.
23. BBC Ciencia. ¿La cura para el insomnio en internet? *BBC* [Internet]. 27 ago 2009 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y84mtlok>.
24. Carey B. Evalúa salud mental app para smartphone. *Reforma*. 6 jul 2019.
25. Agencia ID. Desarrollan en Argentina nanopartículas contra el cáncer. *La Jornada* [Internet]. 31 ago 2019 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ydfh39u9>.
26. Ruiz Marrero C. La amenaza de la tecnología enana. *Masoisare* [Internet]. 24 jul 2005 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y95k9mgf>.
27. Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) [Internet]. 2019 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yd47sokx>.
28. Hinton J. *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Ariel; 1974.
29. Ribera Casado JM. ¿Qué es envejecer? *Monografías Humanitas*. 2004;(1):7-19.
30. Sinclair DA, LaPlante MD. Experimentan con genes para no envejecer tan rápido. *Reforma* [Internet]. 29 oct 2019 [citado 12 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7puq69>.
31. Blasco Marhuenda MA, García Salomone M. *Morir joven, a los 140: el papel de los telómeros en el envejecimiento y la historia de cómo trabajan los científicos para conseguir que vivamos más y mejor*. Barcelona: Paidós; 2016.
32. Domínguez N. La criogenia humana "es como congelar un filete putrefacto". *El País* [Internet]. 26 may

- 2017 [citado 21 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yay3q6xz>.
33. Golub E. *The Limits of Medicine: how science shapes our hope for the cure*. New York: Times Books (Random House); 1994.
34. Excelsior. México, tercer país a nivel mundial en cirugías plásticas. Excelsior [Internet]. 3 ene 2018 [citado nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybmjf3n3>.
35. Pi V. Las operaciones para alargar el pene se disparan. Público [Internet]. 15 ago 2010 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yck7dn9c>.
36. Galeano Gasca EN. Rostro negado-rostro anhelado: el proceso de transformación estética del rostro en Tuxtla Gutiérrez a través de las percepciones y representaciones de médicos y pacientes. [Tesis de maestría]. México DF: CIESAS; 2011.
37. Cruz Salazar T. Las pieles que vestimos: corporeidad y prácticas de belleza en jóvenes chiapanecas. Chiapas: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, El Colegio de la Frontera Sur - Unidad San Cristóbal; 2014.
38. Berrio Palomo LR. Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. [Tesis de doctorado]. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa; 2013.
39. Menéndez EL. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*. 2009;5(2):155-179. doi: 10.18294/sc.2009.258.
40. Flores J. Infertilidad masculina y población. La jornada [Internet]. 4 mar 2008 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycqksrwf>.
41. Todd R. Crear gente podría volverse más fácil: ¿Debería? Reforma. 17 ago 2019.
42. Peker L. Debates: 67. Página/12 [Internet]. 21 may 2005 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9x9adl2>.
43. BBC Mundo. La mujer que se convirtió en madre primeriza a los 70 años. BBC [Internet]. 11 may 2016 [citado 22 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/yadbm99m>.
44. Reuters. Dona una canadiense óvulos a su hija. La Jornada [Internet]. 20 abr 2007 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yaww9fge>.
45. El País. El primer niño genéticamente seleccionado en España cura a su hermano. El País [Internet]. 13 mar 2009 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9hzesgq>.
46. DPA. Pareja tiene un nieto a partir del esperma congelado de su hijo muerto. La Jornada [Internet]. 14 jun 2013 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yaynpfvn>.
47. UK Parliament. Postnote 198 - Sex selection [Internet]. The Parliamentary Office of Science and Technology; 2003 [citado 4 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycbt6w5>.
48. Singer P. De compras en el supermercado genético. En: Luna F, Rivera López E, (comps.). *Los desafíos éticos de la genética humana*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM. p. 131-146.
49. Sen A. Missing women-revisited: Reduction in female mortality has been counterbalanced by sex selective abortions. *BMJ*. 2003;327(7427):1297-1298. doi: 10.1136/bmj.327.7427.1297.
50. La Vanguardia. La práctica del aborto selectivo en China evita que nazcan 800.000 niñas al año [Internet]. 15 abr 2019 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yav8h4k6>.
51. Rodríguez M. Semen danés para exportar. BBC Mundo [Internet]. 1 oct 2009 [citado 22 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/ybh2lqjw>.
52. Ellin A. Buscan más mujeres incrementar el libido. Reforma. 14 jul 2012.
53. EFE. México se resiste a convertirse en "próximo paraíso" del turismo reproductivo. EFE-Edición América [Internet]. 9 abr 2016 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y7el6ggg>.
54. Rifkin J. *El fin del trabajo: nuevas tecnologías contra puestos de trabajo, el nacimiento de una nueva era*. Barcelona: Paidós; 2010.
55. Harmon A. Riesgos llenan la vida, por suerte o por gusto: 'Es cuestión genética', dice cada vez más gente. Reforma. 24 jun 2006.
56. Saillant F. *Culture et cancer: Produire le sens de la maladie*. Montréal: Saint Martin; 1988.
57. Baildam A. The Angelina Effect. The Huffington Post [Internet]. 16 oct 2017 [citado 22 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/yb7h9aes>.
58. Jolie A. My medical choice. The New York Times [Internet]. 14 may 2013 [citado 22 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/yboaywpc>.
59. France 24. Francia prohíbe modelos de implantes mamarios por riesgo de cáncer. France 24 [Internet]. 5 abr 2019 [citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9tr8eub>.
60. México, Secretaría de Salud. Utilización de la anticoncepción de emergencia (Anticoncepción hormonal postcoito) [Internet]. 2009 [citado 4 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycyjdx7c>.
61. BBC Mundo. ¿Por qué han aumentado tanto las cirugías plásticas en China? BBC [Internet]. 11 ene 2016 [citado 4 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yb5d2cps>.
62. Organización Mundial de la Salud. Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año [Internet]. 2019

[citado 22 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybk6cy3b>.

63. Calvo Roy JM. Los ciudadanos podrán conocer el historial de los médicos en EEUU [Internet]. 30 oct 1996 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8vbx563>.

64. Velasco E. Los pacientes tienen derecho a obtener copia de su expediente clínico: Ifai. La Jornada [Internet]. 1 feb 2011 [citado 22 oct 2019]; Disponible en: <https://tinyurl.com/ychzuear>.

65. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [citado 4 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y92zz49v>.

66. México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 1984 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ydcdaour>.

67. Méndez E, Garduño R. Aprueban diputados libertad de pacientes para rechazar la atención médica ofrecida. La Jornada [Internet]. 20 mar 2009 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yd3pk25s>.

68. Menéndez EL. Poder, estratificación social y salud. Tarragona: Publicaciones URV; 2018.

69. Agencia Iberoamericana para la Difusión de la Ciencia y la Tecnología. Avance para personalizar tratamientos psicológicos para el dolor crónico [Internet]. 8 nov 2017 [citado 23 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ya8ahon4>.

70. ABC. ¿Cómo se practica la eutanasia en Holanda? ABC [Internet]. 4 jun 2019 [citado 10 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9hbs5h9>.

71. Pardinas JE. Industrias del futuro. Reforma. 27 mar 2016.

72. Cooley M. Contradicciones de la ciencia y la tecnología en el proceso productivo. En: Hilary Rose, Steven Rose (comp.). Economía política de la ciencia. México: Nueva Imagen; 1979. p. 121-150.

73. Olson P. La telemedicina, antes ignorada, hoy con el virus, no se da abasto. Reforma. 2 abr 2020.

74. Hafner K. Redefinen médicos medicina por medio de apps y iPads. Reforma. 20 oct 2012.

75. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos 1998;46:36-67.

76. I medici cancellano la parola paziente. La Repubblica [Internet]. 12 jul 1998 [citado 10 mar 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yb5vuxkv>.

FORMA DE CITAR

Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colectiva. 2020;16:e2615. doi: 10.18294/sc.2020.2615.

Recibido: 30 oct 2019 | Versión final: 9 mar 2020 | Aprobado: 20 mar 2020 | Publicado en línea: 5 may 2020



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>