

Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico

Celia Iriart^(a)
Emerson Elias Merhy^(b)

Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):1005-16.

This paper is situated on the field of study of the working/productive process and the technological transition in health care. It examines the entrance of financial capital groups in the health sector and their struggles with the medical-industrial complex. It puts forward a comprehension of how the capitalist sectors, leaders of the restructuration of the working process in health, bet on the power of the creation of new subjectivities in order to transform and consolidate the current hegemonic medical model and the production/reproduction of the ways of the capitalism's agency role. We use the concept of biomedicalization to understand a radical stage of medicalization, a commonly used concept, albeit insufficient to understand the observed changes. The comprehension of these phenomena allows the recognition of resistances and "lines of flight" that could allow for non-mercantilist options in health, which may create autonomy and reinforce the value of individual and collective life.

Keywords: Medical-industrial-financial complex. Hegemonic medical model. Biomedicalization. Resistances and creation of new subjectivities. Market and health.

Este artículo se sitúa en el campo de estudio de los procesos productivos y de la transición tecnológica en el cuidado de salud. Examina la entrada del capital financiero en el sector salud y sus disputas con el complejo médico-industrial. Avanza en la comprensión de cómo los sectores capitalistas, que lideran la reestructuración productiva en salud, apuestan a la potencia de los procesos de creación de nuevas subjetividades en la transformación y consolidación del actual modelo médico hegemónico y en la producción/reproducción de modos de agenciamientos capitalísticos. Usamos el concepto de biomedicalización para entender la radicalización del proceso de medicalización, concepto que se viene mostrando insuficiente para comprender los cambios observados. Comprender estos fenómenos facilita reconocer resistencias y líneas de fuga que posibilitan apuestas no mercantilistas en salud, creadoras de autonomía y valorización de la vida individual y colectiva.

Palabras clave: Complejo médico-industrial-financiero. Modelo médico hegemónico. Biomedicalización. Resistencias y subjetivación. Mercado y salud.

^(a) College of Population Health, University of New Mexico. 2400, Tucker Av. Albuquerque, New Mexico, United States. 87131.

ciriart@salud.unm.edu
^(b) Faculdade de Medicina, Campus de Cavaleiros Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ, Brasil. emerhy@gmail.com

Introducción

Los debates públicos y las políticas regulatorias relacionados con las reformas del sector salud giran, predominantemente, en torno al financiamiento, control de costos y costo-efectividad. Las reformas que se debaten e implementan, son variaciones de modelos de seguro o de seguridad social basados en el financiamiento público, privado o mixto, y en quienes administran estos fondos y prestan los servicios (organismos gubernamentales, administradoras privadas o formas mixtas). Prácticamente no se discute el papel que los diversos actores tienen en la definición de los modelos de cuidado en salud que, en definitiva, delimitan la conceptualización del proceso salud-padecimiento-atención y, por lo tanto, el tipo de servicios de atención individual y programas de salud colectiva que se implementan, quiénes y cómo los financian y proveen, así como a qué sectores se destinan.

Hay excepciones y tal vez las más notorias provienen de la producción brasilera que analiza los procesos productivos y la transición tecnológica en salud, enfatizando los efectos en la creación de nuevas subjetividades¹. Muchos de estos análisis se centran en el papel de los trabajadores de salud en su capacidad de producir trabajo vivo en acto, el cual puede generar nuevos instituyentes en las formas de cuidar de individuos y colectivos, o su opuesto, es decir, profundizar formas capitalísticas al producir intervenciones médico-sanitarias. Estos análisis, así como nuestras investigaciones sobre la financialización del sector salud que se opera desde los ochentas, y que ha resultado en la conformación del complejo médico-industrial-financiero sirven de encuadre a este artículo². La conformación del complejo médico-industrial-financiero refiere a la penetración del capital financiero como administrador, no sólo de seguros médicos, sino también de servicios de salud (hospitales, centros de diálisis, servicios de atención domiciliaria, centros de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencias, entre otros). Esto está muy avanzado en los Estados Unidos (EUA), y presente en algunos países latinoamericanos. Desde allí profundizamos en la comprensión de cómo los sectores capitalistas que hegemonizan la reestructuración productiva en salud, esto es, grupos ligados al capital financiero y al complejo médico-industrial, especialmente farmacéuticas, han apostado con sus estrategias a la potencia que los procesos de producción subjetiva tienen en la transformación y consolidación del actual modelo médico hegemónico para reproducir agenciamientos capitalísticos^{1,3}. A partir de la comprensión de estos fenómenos proponemos la necesidad de desarrollar investigaciones que den cuenta de procesos en marcha que abren líneas de fuga y situaciones desterritorializantes del modelo médico hegemónico que buscan contrarrestar las estrategias mercantiles en salud.

Conceptos y métodos

El análisis que usamos en este estudio sigue un enfoque analítico que propone la reinterpretación de estudios desarrollados por nosotros y por colegas en relación a las reformas que el complejo médico-industrial-financiero viene desarrollando durante los últimos veinte años⁽⁴⁾. Nuestros estudios sobre las reformas que el capital financiero desarrolló bajo el concepto de atención gerenciada (managed care) fueron pioneros en evidenciar las estrategias que los grupos financieros usaron para controlar a los prestadores de servicios con el objetivo de disminuir gastos y convertir la atención de la salud en un bien de mercado. Estos trabajos mostraron los mecanismos ideológicos y las prácticas

⁽⁴⁾ Por las limitaciones de espacio solo citamos las referencias centrales de las numerosas usadas en el análisis. Aquellos lectores interesados pueden solicitarnos la lista completa.

desarrolladas por grupos ligados al capital financiero y a las agencias internacionales de cooperación y de financiamiento (OMS, Banco Mundial, entre otros) para cambiar el sentido común acerca de la conceptualización salud-padecimiento-atención, incluyendo la idea de que los pacientes/usuarios debían ser transformados en clientes/consumidores. Parte del cambio en el sentido común colectivo estuvo centrado en presentar a los administradores de fondos destinados a cuidados médicos como compradores inteligentes, capaces de racionalizar el excesivo consumo, negociar precios y coordinar el cuidado de salud aumentando la calidad mientras disminuían costos².

Estos objetivos requerían controlar a los principales estimuladores de la demanda, esto es, prestadores de servicios (profesionales de salud y prestadores de servicios de diagnóstico y tratamiento) y productores de bienes y servicios del sector salud, en especial farmacéuticas y compañías de tecnología médica. Durante el análisis de estos procesos, nuevas preguntas emergieron en relación a cuál sería la respuesta, por parte de quienes históricamente definieron la demanda en salud ante el objetivo del capital financiero de limitar el consumo. Para responder a estas preguntas usamos conceptos teóricos y aproximaciones metodológicas en el sentido foucaultiano de “cajas de herramientas”. Esto resultó en la utilización de conceptos y métodos provenientes de diferentes corrientes de pensamiento, en particular aquellas que no pretenden llegar a explicaciones totalizantes que den como resultados nuevas verdades monolíticas sobre la situación estudiada. En esa dirección usamos conceptos con probado poder analítico en otros de nuestros estudios, tal el caso de sentido común y reforma silenciosa, así como conceptos del campo de la micropolítica del trabajo y cuidado en salud. También usamos el concepto de biomedicalización, por su potencial de encontrar nuevos significados a la situación analizada⁴.

Diversas aproximaciones metodológicas fueron útiles para crear un diálogo entre diferentes fuentes de datos. Dos fueron las más importantes para los análisis que acá presentamos: a) análisis situacional, que provee elementos para mapear diferentes actores sociales y discursos, y b) análisis de discurso usado como un lectura e interpretación deconstructiva de relaciones de poder y sus efectos en la creación de nuevas subjetividades⁵. El objetivo fue conectar procesos que aparecen desconectados en los discursos de los actores más poderosos que operan en el sector salud, el complejo médico-industrial y los grupos financieros.

El concepto de poder lo entendemos como múltiples fuerzas operando en una situación y tiempo determinados de manera relacional. Este concepto lo usamos en relación con el concepto de gubernamentalidad en el sentido de fuerzas que operan estratégicamente para crear nuevas subjetividades, en el campo de las lógicas de gobernar las producciones de vidas, individuales y colectivas⁶. La idea principal fue entender las estrategias de la industria farmacéutica para contrarrestar los avances del capital financiero. En ese sentido un primer paso fue observar las disputas intercapitalistas, en tanto ejercicio de fuerzas entre el complejo médico-industrial y los grupos financieros que operan en el sector salud, por la participación en el mercado y por la hegemonía en la definición del concepto salud-padecimiento-atención. Para esto fue importante analizar si la industria farmacéutica había desarrollado estrategias para cambiar regulaciones con el fin de impactar la organización del sector salud y la conceptualización del proceso salud-padecimiento-atención, favoreciendo su posición en el juego de fuerzas por retomar el liderazgo del mercado de salud y en la producción de nuevas subjetividades.

Primeramente, desarrollamos una recolección de datos no sistemática que analizamos siguiendo el método etnográfico de observar y analizar datos e información para describir la situación ampliamente. Siguiendo a Clarke, “definimos nuestro estudio como una investigación multisituada, en el sentido de que examinamos múltiples tipos de fuentes, interrogando los datos de estas fuentes desde una particular situación de interpelación”⁵ (p. 165). Las fuentes que utilizamos incluyeron publicaciones científicas y periodísticas, literatura gris y listas electrónicas de disseminación. Otra fuente importante fueron los materiales de difusión que en los EUA las compañías farmacéuticas envían por correo regular a potenciales consumidores de sus productos. Estos materiales abrieron nuevas opciones para obtener datos adicionales, tal el caso de nombres de empresas ligadas a las reformas impulsadas por el complejo médico-industrial, de actores sociales individuales y colectivos vinculados a la situación, así como estrategias impulsadas por las empresas para impactar las regulaciones del sector.

El extensivo análisis preliminar nos permitió comprender que las farmacéuticas estaban tornando en su favor la estrategia iniciada por las organizaciones de atención gerenciada de transformar a los pacientes/usuarios en clientes/consumidores. Por nuestros análisis preliminares también entendimos que la industria farmacéutica estaba impulsando reformas silenciosas para reposicionarse en el mercado. Decidimos que la línea de análisis que nos permitiría una comprensión más amplia y profunda sería a través de la utilización de dimensiones analíticas que captaran las reformas en las que la industria farmacéutica estaba envuelta y de las cuales se beneficiaba. Las dimensiones que definimos fueron los cambios regulatorios con capacidad de impactar la aprobación y comercialización de medicamentos y tecnología médica; las transformaciones en la definición y denominación de padecimientos; las modificaciones en los protocolos clínicos que favorecen el sobre diagnóstico de enfermedades, y los mecanismos utilizados para promover la demanda de procedimientos y medicamentos.

Usando estas dimensiones, desarrollamos una revisión sistemática de la literatura científica y gris, y de documentos gubernamentales y de empresas para encontrar los datos (primarios y secundarios) que describieran cambios en las regulaciones, en los protocolos científicos y en los modelos de negocios consistentes con la idea de redefinir a los usuarios/pacientes como consumidores. Analizamos también folletos de difusión, portales de agencias de salud pública, asociaciones profesionales, de pacientes y consumidores, publicidades en televisión, revistas, diarios y periódicos, entre otros. Con todos estos materiales iniciamos un proceso de mapeo de la información obtenida en cada categoría para describir la situación y los resultados que las compañías están obteniendo al recrear el consumidor de salud y radicalizar la medicalización. Seguimos los procedimientos metodológicos explicados por Clarke en su libro y a él remitimos a los lectores interesados en entender estos procesos analítico-operacionales, ya que su descripción ameritaría un artículo específico⁵.

Como resultado de este proceso obtuvimos una descripción analítica de las estrategias implementadas por la industria farmacéutica y las reinterpretemos a la luz de los conceptos de biomedicalización, tecnologías duras, blandas-duras y blandas y de la clínica del cuerpo sin órganos⁷. Esta reinterpretación nos permitió aumentar la comprensión de los efectos que los discursos que actualmente modelan el sector salud han tenido en la creación de nuevas subjetividades y biosocialidades, algunas como parte del discurso neoliberal que instituye el complejo médico-industrial-financiero y otras cuestionándolo.

Reposicionamiento del complejo médico-industrial

Como señalamos anteriormente, en varios artículos hemos analizado los procesos de reforma hegemónicos por el capital financiero que se iniciaron en los EUA a fines de los ochentas y desde allí se exportaron a otros países en los noventas. En este artículo sintetizamos las reformas que tienden a modificar los agenciamientos subjetivos de prestadores y usuarios, y que son el producto de las disputas iniciales y de los reagrupamientos entre el complejo médico-industrial y el capital financiero. El proceso de penetración del capital financiero en el sector salud introdujo nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector, y nuevos modelos de seguro que impactaron directamente la administración y la provisión de servicios. La masiva entrada de este capital y su lógica en el sector salud cambió no solo las reglas de juego a nivel económico, sino que también introdujo cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción salud-padecimiento-atención. Decisiones profesionales fueron subordinadas a la de los administradores del sistema con el objetivo de maximizar ganancias, limitando la utilización de servicios, vía el control de prescripciones y derivaciones -encubiertas la mayoría de las veces- como decisiones sustentadas en lo que, desde los noventas, se dio en llamar medicina basada en evidencia. Los profesionales de salud, los administradores de servicios y las compañías productoras de medicamentos y tecnología médica fueron impactados por las transformaciones gerenciales. Estos procesos mostraron nítidamente que los capitales operando en salud comprendieron claramente que cualquier cambio efectivo en los procesos productivos en salud debe incidir en la micropolítica del trabajo vivo en acto, lugar donde se instituyen la producción del modelo tecno-asistencial, tanto en el sector público como en el privado. A esto ya había apostado el complejo médico-industrial, que históricamente dirigió la promoción de sus productos a los médicos,

detentadores privilegiados de la relación con los usuarios y, por lo tanto, potenciales inductores de consumo y creadores de nuevas subjetividades en la producción de salud.

Sin embargo, las gerencadoras en salud avanzaron un paso más al no limitar su intervención a la captura del trabajo vivo de los profesionales de salud, sino que buscaron impactar la creación de nuevas subjetividades en los usuarios. Para ello capturaron el concepto de consumidor de salud, que en los sesentas había sido introducido por los movimientos de defensa del consumidor en los EUA. Sus estrategias comunicacionales fueron diseñadas para mostrar la necesidad de que los pacientes/usuarios se transformaran en clientes/consumidores informados de la oferta de servicios y seguros de salud, y de esta forma tomar decisiones racionales en términos de costo/beneficio. Cabe aclarar que, pese a las buenas intenciones de los movimientos progresistas estadounidenses, el concepto de consumidor es regresivo en relación al de usuario/ciudadano. El concepto de consumidor implica la posibilidad de ejercer poder a partir del acto de compra, el de usuario/ciudadano a través de una concepción de derecho social⁸.

Los intereses del capital financiero confrontaron con los del complejo médico-industrial en los años iniciales de las reformas gerencadoras. Hacia mediados de los noventas las grandes corporaciones farmacéuticas y productoras de tecnología comenzaron a generar silenciosas reformas para reposicionarse en el mercado, buscando redefinir a su favor el modelo salud-padecimiento-atención³. Estos procesos requirieron nuevos cambios en el modelo médico hegemónico que radicalizaron la medicalización, redefinida como biomedicalización⁴. La medicalización implica la expansión del diagnóstico y tratamiento médico de situaciones previamente no consideradas problemas de salud, como por ejemplo el embarazo y el parto. La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de estar informados y alertas de potenciales riesgos e indicios que pudieran derivar en una patología.

De allí que, en especial, la industria farmacéutica apostó a poner más productos en el mercado, en la mayoría de los casos cambiando mínimamente la composición de algunos medicamentos, para ampliar el espectro de padecimientos para los que se podían indicar⁹. Esto fue reforzado por la intervención de expertos pagados por la industria en comités científicos que redefinieron diagnósticos y definieron nuevos cuadros nosológicos, en muchos casos transformando riesgos en enfermedades. Las asociaciones profesionales también contribuyen a estos procesos para asegurar que los seguros paguen a los profesionales al tratar ciertos pacientes. A finales de los noventas se comenzaron a redefinir numerosos padecimientos de los denominados de estilo de vida usando el procedimiento de mover la curva normal hacia la izquierda. Esto había sido introducido por Rose en 1985 en el caso de problemas de contaminación ambiental u otros riesgos similares, bajando, por ejemplo, los valores a los cuales la exposición a un determinado químico puede afectar la salud. Esto tenía por objetivo extremar precauciones y proteger un número mayor de personas expuestas a contaminación ambiental o química¹⁰. Pero aplicar este mecanismo, bajando los valores o ampliando el espectro de síntomas a los cuales se definen riesgos y padecimientos, implica que, de un día para otro, personas sanas son consideradas enfermas o con riesgos pasibles de ser medicados. Esto sucedió en los EUA al redefinirse a finales de los noventas los valores de hipertensión, colesterolemia, sobrepeso/obesidad y diabetes. Este procedimiento implicó que, sólo en ese país, 140.630.000 personas (75 por ciento de la población adulta) pudieran ser diagnosticadas y tratadas por algunos de estos padecimientos y riesgos¹⁰. Asimismo, la redefinición de trastornos relacionados con salud mental (depresión, déficit de atención, autismo, ansiedad, entre otros muchos, tanto en niños como en adultos) disparó las prevalencias y el consumo de medicamentos de dudosa eficacia y en muchos casos iatrogénicos¹¹. A esto se suma la intensa difusión de nuevos tratamientos medicamentosos para problemas ya conocidos o de reciente definición, tales los casos de impotencia masculina y baja de libido femenina, osteoporosis, fibromialgia, síndrome de las piernas inquietas, trastornos premenstruales, y muchos más^{12,13}. En la siguiente sección analizaremos las implicancias de la creación de nuevas subjetividades a través de la biomedicalización.

Estrategias capitalistas y biomedicalización

Varias fueron las estrategias que el complejo médico-industrial, en especial la industria farmacéutica, usó para renovar su influencia en la definición del modelo médico hegemónico y para capturar al usuario/paciente, redefinido para sus estrategias comerciales en cliente/consumidor. Estas estrategias varían según los países debido a las regulaciones internas, los ejemplos están basados en los EUA, que es donde primero se desarrollan y desde donde se diseminan globalmente. Desde mediados de los noventa, la industria ejerció gran presión para desregular la publicidad directa de medicamentos de venta bajo prescripción u otras modalidades de difusión; presionó para que se aceleren los procesos de aprobación y comercialización de nuevos medicamentos; penetró los cuerpos científicos que asesoran a los organismos de control de medicamentos, ganando influencia en las decisiones sobre los medicamentos que se aprueban y se prohíben; penetró los cuerpos científico-profesionales encargados de definir protocolos clínicos y manuales diagnósticos para influenciar la creación de nuevas enfermedades, redefinición de otras y determinación del tratamiento a seguir; cooptó asociaciones de pacientes y familiares para que actúen como agentes de propaganda de sus productos; y creó nuevas modalidades de negocios^{3,11,14,15}. El objetivo central fue retomar capacidad de influenciar los procesos subjetivos relacionados con el proceso salud-padecimiento-atención, a través de incidir en las decisiones de consumo vía los usuarios, ya que la llegada a los prescriptores estaba limitada por las estrategias de las aseguradoras. Pero la apuesta incluso no estuvo limitada a dirigir estrategias de mercadotecnia a los enfermos, sino en venderle medicamentos, procedimientos y equipamientos a los sanos. Este es el proceso más innovador que la industria desarrolló en los últimos veinte años. Para esto, como vimos anteriormente, diversificaron la oferta de medicamentos y tecnologías produciéndolos o rediseñándolos para cubrir potenciales riesgos y padecimientos llamados de estilo de vida. Pero lo que nos parece más importante y queremos destacar en este artículo son los mecanismos usados para crear una nueva subjetividad en el proceso salud-padecimiento-atención.

Para explicar estos procesos utilizaremos el concepto de biomedicalización que diferenciamos del de medicalización, ya que mientras ésta se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el auto control, la vigilancia y la transformación personal. La biomedicalización implica la gubernamentalidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica. Con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma⁴.

Otros conceptos útiles para avanzar los análisis son los de tecnologías duras, blandas-duras y blandas que operan en el cotidiano de las poblaciones facilitando que los intereses vinculados a esta tendencia biomedicalizante operen y vayan instituyendo su hegemonía en la definición del proceso salud-padecimiento-atención¹⁶. Por tecnologías duras entendemos, en el tema que nos ocupa y de manera general, aquellos equipamientos y dispositivos tecnológicos para diagnóstico y tratamiento utilizados en los servicios de salud, pero también medicamentos, pequeños aparatos de uso doméstico y computadores personales. Por tecnologías blandas-duras vamos a considerar el conocimiento organizado que, para el abordaje que estamos haciendo, son los protocolos clínicos, cuestionarios para detectar padecimientos, publicidades y otros instrumentos que codifican discursivamente signos y síntomas. Estas tecnologías blandas-duras posibilitan a los usuarios evaluar su riesgo actual o potencial de padecer alguna de las innúmeras patologías definidas por las asociaciones profesionales y organismos nacionales e internacionales, y aún aquellas que empiezan a circular, aunque no hayan sido todavía definidas oficialmente, pero que son pre-instaladas a través de los medios de comunicación y otros mecanismos comunicacionales que facilitan la circulación de 'novedades científicas'. Por tecnologías blandas entendemos aquellas que se producen en el espacio relacional entre los usuarios y los prestadores, las empresas que venden bienes y servicios, las asociaciones científicas y/o profesionales, los organismos gubernamentales, etc., así como entre los mismos usuarios y también con sus familiares y amigos. Todos estos procesos relacionales adquieren numerosas

formas, excediendo el marco del contacto personal ya que se usan las redes sociales, portales y otros mecanismos semejantes para establecer estos 'diálogos' y 'vínculos'.

Veremos a continuación como operan para construir la hegemonía de un modelo médico que privilegia una clínica sin órganos supuestamente comandada por los usuarios. A nivel de las tecnologías duras hubo dos procesos que facilitaron que la biomedicalización hegemonizada por la industria de medicamentos y tecnología médica se instituya. Por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros equipamientos. Este es el caso del acceso a bajo costo de tensiómetros, aparatos para controlar la glucosa, el pulso y el oxígeno en sangre, entre muchos otros equipamientos ahora de uso doméstico. Por otro lado, los desarrollos en computación y comunicaciones que, en tanto tecnologías duras, facilitaron la elaboración y la penetración de tecnologías blandas-duras vía la captura de enormes cantidades de datos de salud de individuos y colectivos por parte de las corporaciones, la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, y las formas de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. Como ejemplos de estos procesos se encuentran la creación de portales destinados al público desarrollados por empresas que, muchas veces, son subsidiarias de compañías farmacéuticas. Estos portales (tecnologías blandas-duras) invitan a los usuarios a un diálogo y vínculo virtual proponiéndoles la introducción de sus parámetros clínicos, los medicamentos que consumen, los tratamientos que siguen, entre otros datos, con la finalidad declarada de ayudarles a controlar su salud al recordarles cuándo controlar signos vitales y valores biológicos, tomar los medicamentos prescritos, consultar al médico, qué preguntas hacer en la consulta, etc. Por un lado, con estas tecnologías blandas moldean la subjetividad de los usuarios que van centrando su atención sobre ciertos procesos y no otros, y se sienten empoderados en el manejo de su problema de salud con prescindencia de los profesionales. Un importante objetivo de las empresas es capturar enormes cantidades de información que usan para producir estrategias comunicacionales/relacionales y de mercadotecnia cada vez más precisas y elaboradas según grupos sociales, etarios, etc. Las tecnologías que consideramos duras en este análisis, computadores e internet, facilitan la diseminación del uso de medicamentos y su compra evadiendo en muchos casos las regulaciones nacionales. Asimismo, a través de los portales y de otros medios de comunicación (revistas de divulgación, canales de cable, circuitos cerrados de televisión en hospitales, y otros medios) se difunde detallada información sobre padecimientos y tratamientos. También se pone a disposición de los trabajadores de salud y de los usuarios cuestionarios cortos para evaluar los riesgos actuales o potenciales de padecer alguna de los padecimientos descriptos.

Estos fenómenos facilitaron la creación de nuevos procesos de subjetivación, identidades y biosocialidades en torno al proceso salud-padecimiento-atención. Las redes sociales dedicadas a temas de salud ocupan un lugar destacado en la construcción de tecnologías blandas. Algunas de estas redes han sido creadas por reales usuarios y/o familiares, otras por la industria, otras son asociaciones científicas dedicadas a problemas de salud específicos (Asociación de Diabetes, del Corazón, etc.). Muchos de estos grupos han sido cooptados por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proveen¹⁵. Estas redes crean fuertes lazos identificatorios en los cuales los usuarios pasan a definirse o definir a sus familiares por el problema de salud que padecen o creen padecer. Los usuarios como consumidores son sujetos activos del propio proceso de biomedicalización de sí y no pasivos consumidores.

Esta clínica del cuerpo sin órganos y su correlato a nivel colectivo en la denominada nueva salud pública, han desarrollado discursos ilusorios según los cuales se puede mantener cuerpo y mente jóvenes y energéticos ejerciendo estricto control sobre los riesgos que los amenazan, especialmente aquellos relacionados con los estilos de vida. Ese discurso se acompaña de una intensa diseminación del 'conocimiento necesario' vía las nuevas herramientas comunicacionales para acceder a él y para compartirlo con familiares y amigos. Organismos de salud pública nacionales e internacionales forman parte de esta estrategia que promueve la biomedicalización de la promoción y prevención de la salud¹¹. Los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC, por sus siglas en inglés) desde su sitio en la red ofrecen a los usuarios, tanto anglo como hispanoparlantes, información sobre diversas enfermedades y padecimientos, herramientas comunicacionales para difundir información entre familiares y amigos, e información de cómo pre-diagnosticar diversos problemas de salud. Los

temas son múltiples, déficit de atención e hiperactividad, sobrepeso y obesidad, autismo, síndrome de fatiga crónica, entre otros. Asimismo, desde el portal del CDC se puede conectar directamente con numerosas asociaciones de pacientes y familiares, que proveen información más directa sobre medicamentos, tipos de tratamientos y nombres de profesionales especializados en el tema. Los avances tecnológicos en internet y en comunicaciones son instrumentos claves para facilitar la radicalización de la medicalización, permitiendo a las corporaciones y también a los organismos de salud pública segmentar las estrategias comunicacionales por edades, géneros, nacionalidades, culturas, patologías, riesgos, etc. Estas tecnologías facilitan llegar a los usuarios a través de diversos medios según el grupo poblacional al que se destinan, esto es, computadoras personales, tabletas, teléfonos celulares, televisión, radio, etc. y usando diversos mecanismos comunicacionales, tales como portales, redes sociales, u otros.

Los mensajes sobre salud-padecimiento-atención son presentados como mandatos morales, planteando que, si los individuos no controlan proactivamente su salud, los resultados de sus conductas crean un peso económico al resto de la sociedad. Esto va más allá de usar intervenciones médicas para recuperar la salud afectada por enfermedades o padecimientos, supone la biomedicalización de la prevención y promoción a través de la internalización del mandato moral de mantenerse saludable y prácticas de vigilancia sanitaria a nivel individual¹⁷. Estar saludable en el contexto de la biomedicalización significa que es una responsabilidad individual controlarse de potenciales enfermedades y padecimientos con exámenes de laboratorio, genéticos u otros, y consumiendo medicamentos, dispositivos médicos y otros productos biotecnológicos y servicios. Los instrumentos ofrecidos para cumplir con este mandato moral incluyen herramientas vía internet y otros mecanismos comunicacionales que ofrecen información a través de la privacidad de las computadoras personales, dispositivos de entretenimiento doméstico, y teléfonos celulares, o se difunden en otros espacios cotidianos, como escuelas o lugares de trabajo. Bajo el supuesto de controlar riesgos se instruye sobre enfermedades y padecimientos, así como la forma de diagnosticarlos y controlarlos, tal el caso de la presión arterial o los niveles de glucosa usando equipos domésticos y promoviendo el consumo de medicamentos¹⁸.

En el contexto de la biomedicalización, los profesionales de salud en su tradicional papel de líderes del proceso de cuidado son más y más prescindibles debido a la nueva modalidad de negocios desarrollado por el complejo médico-industrial³. Como señalamos anteriormente, el proceso incluye la transformación de los pacientes en consumidores activos con derecho de recibir información de otras fuentes y cuidar de su salud por sí mismos, e incluso consumir productos sin intervención de un prescriptor. Asimismo, la industria ha desarrollado nuevas tecnologías blandas que forman parte de esta nueva relación directa que entablan con sus potenciales consumidores, para enseñarles cómo influenciar a los médicos y otros profesionales de salud para que les prescriba el 'producto deseado'¹⁹. Los jóvenes son especialmente vulnerables a este tipo de mensajes que promueven la auto-prescripción.

Los nuevos escenarios y sus consecuencias

Las disputas por la hegemonía del sector salud entre el capital financiero y el complejo médico-industrial han transformado profundamente el sector. Los poderosos competidores (capital financiero e industrial) obtuvieron una parte en la distribución del mercado y de las ganancias. Los sistemas públicos basados en derechos, los seguros de salud de los trabajadores, los prestadores de servicios y sobre todo la población son los afectados por estas disputas, que condujeron a una profundización de la mercantilización de la salud. Las corporaciones financieras que administran planes de salud y servicios asistenciales han desarrollado convenios con el complejo médico-industrial para utilizar sus productos y servicios recibiendo descuentos no disponibles al público³. Estos acuerdos favorecen la utilización de tratamientos basados en medicamentos y otros desarrollos tecnológicos que no siempre representan la mejor opción. Usuarios convertidos en consumidores son expuestos a la biomedicalización de sus vidas, a través de mecanismos sutiles que presentan la información como objetiva y creada para empoderarlos. Agencias regulatorias en todos los países están muy atrás en

su capacidad de regular y controlar la captura de datos y la comunicación que las corporaciones multinacionales dirigen directamente a la población.

En principio, más acceso a información sobre salud debe ser considerado democrático y bienvenido, sin embargo, el problema radica en quién y cómo se genera esa información, y qué intereses están detrás. Asimismo, el proceso de mercantilización de la producción y circulación de información sobre salud implica que el acceso a la información es estratificado y afecta diferencialmente a grupos sociales y países. El ofrecer información para prevenir enfermedades no es en sí mismo el problema, sino que esto sucede en el contexto de la expansión de las políticas neoliberales y la extrema mercantilización de la promoción y prevención²⁰. La expansión del concepto de prevención se sitúa más y más del lado de una clínica individual, del cuerpo sin órganos e hipercomercializada. El concepto de riesgo es un claro ejemplo de este proceso, ya que pasó de ser usado para dar cuenta de riesgos poblacionales a ser utilizado para caracterizar riesgos individuales, que paradójicamente se han posicionado subjetivamente como enfermedades, especialmente aquellos para los que existen medicamentos (colesterolemia, hipertensión, entre otros)¹⁰. En esta línea se instaló la conceptualización de situaciones preclínicas (prehipertensión, prediabetes, etc.) que muchas veces sólo generan iatrogenia, sufrimiento y mayores intervenciones médicas¹⁴.

Los sectores más desprotegidos de nuestras sociedades reciben también estos mensajes que refuerzan el mandato moral de controlar su salud para no ser una carga para la sociedad. Para estos grupos la información es diseminada a través de las escuelas, ferias de salud, otros eventos públicos y, especialmente a través de los medios de comunicación, en especial la televisión, en programas dedicados a las mujeres, en los programas de noticias y aún en canales de cable totalmente dedicados a temas de salud. Bien intencionados profesionales de salud pública también reproducen esta concepción de salud-padecimiento-atención e implementan estos mecanismos comunicacionales sin entender, la mayoría de las veces, cómo operan y cuáles son sus consecuencias. Se estimula a la gente a usar sus limitados recursos económicos para controlar los niveles de colesterol, presión arterial, glucosa, y otras numerosas condiciones, y a buscar tratamientos (convencionales o alternativos) para controlar el riesgo de enfermar. Sin embargo, como se puede observar en las estadísticas de salud, los sectores más postergados de nuestras sociedades 'fallan' en lograr los resultados de salud de las clases más privilegiadas, en cambio estos grupos deben además sentir la culpa de no alimentarse adecuadamente, no hacer ejercicio y padecer estrés por situaciones socioeconómicas que los exceden.

Los profesionales y trabajadores de salud también se ven afectados en su capacidad de ofrecer un servicio que no esté mediado por estos procesos mercantilistas y de control de la población que buscan atemorizar a la gente ante potenciales riesgos de enfermar o morir, o no cumplir con los valores estéticos de una cultura basada en el éxito, la apariencia física, la juventud, el consumismo de objetos efímeros y el alto rendimiento intelectual y físico. Los profesionales de salud se sienten muchas veces constreñidos a seguir mandatos de cómo tratar a los usuarios de los servicios de salud por la imposición de los protocolos clínicos y la denominada medicina basada en la evidencia y/o por el temor a ser comparados con aquellos profesionales que aplican tratamientos que están en consonancia con lo que los usuarios escuchan que es lo más avanzado. Esto se ve agravado por la falta de tiempo —dada la presión ejercida por metas financieras o de productividad laboral cuantitativas— para explicar a los usuarios por qué el tratamiento que solicitan no es el adecuado para su problemática de salud. Claramente esta es una situación que nos afecta todos, usuarios y prestadores de salud, pero también es una situación que todos tenemos la posibilidad de cuestionar y transformar.

Apostando a la potencia

El objetivo que nos propusimos al escribir este artículo es, por un lado, analizar estos procesos que muchos viven en su cotidiano, pero que al presentarse fragmentadamente es difícil que alcancen a elucidar causas y conexiones, así como los actores sociales envueltos y los intereses en juego. Por otro lado, esperamos que los profesionales de salud entiendan la potencia que tienen al ejercer trabajo vivo en acto¹⁶. En nuestra práctica junto a trabajadores de salud en diversos países es común escuchar que no quieren ser meros prescriptores de actos definidos por otros, que cuestionan la explotación

por los financiadores del sistema, y que ven menos eficacia en sus intervenciones. Los usuarios se quejan constantemente por el poco tiempo que se les dedica, por la falta de escucha, por la falta de resolución. He aquí un potencial por un movimiento mayoritario de rebeldía ante un modelo médico que no genera condiciones de trabajo satisfactorias, que cada vez tiene menos asidero científico y muestra limitada eficacia en la lucha contra muchos padecimientos que afectan a las mayorías. Invitamos a investigar y a intercambiar las experiencias en curso relacionadas con las líneas de fuga que aparecen constantemente en el cotidiano de las prácticas de los servicios de salud y situaciones desterritorializantes del modelo médico hegemónico que buscan desmercantilizar y desmedicalizar las experiencias sanitarias.

Contribución

Celia Iriart concibió la idea inicial del análisis, escribió el primer borrador, editó y aprobó la versión final. Emerson Elias Merhy contribuyó con los análisis, editó el primer borrador, revisó y aprobó la versión final.

Referencias

1. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colect.* 2011; 7(1):9-20.
2. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saude Publica.* 2000; 16(1):95-105.
3. Iriart C, Franco TB, Merhy EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Global Health.* 2011; 7(1):2-12.
4. Clarke A, Mamo L, Fishman J, Shim J, Fosket J. Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction. In: Clarke A, Mamo L, Fosket J, Fishman J, Shim J, organizadores. *Biomedicalization. technoscience, health and illnesses in the U.S.* Durham: Duke University Press; 2010. p. 1-44.
5. Clarke A. *Situational analysis grounded theory after the postmodern turn.* San Francisco, CA: Sage Publications; 2005.
6. Foucault M. *Segurança, território, população.* São Paulo: Martins Fontes; 2010.
7. Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comum.* 2009; 27:281-306.
8. Tritter J, Koivusalo M, Ollila E, Dorfman P. *Globalisation, markets and healthcare policy: redrawing the patient as consumer.* London: Routledge; 2010.
9. Williams S, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illn.* 2011; 33(5):710-25.
10. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62:580-3.
11. Iriart C, Iglesias Rios L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(43):1011-23.
12. Lexchin J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS Med.* 2006; 3(4):e132-5.
13. Woloshin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLoS Med.* 2006; 3(4):e170-3.
14. Donald L. Bearing the risks of prescription drugs. In: Donald L, organizador. *The risks of prescription drugs.* New York: Columbia University Press; 2010.
15. Paluzzi JE. "Dualities of interest": the inter-organizational relationships between disease-specific nonprofits and the pharmaceutical industry. *Int J Health Serv.* 2012; 42(2):323-39.
16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 19-67.
17. Ayo N. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizen. *Crit Public Health.* 2013; 22(1):99-105.
18. Lupton D. Quantifying the body: monitoring and measuring health in the age of mHealth technologies. *Crit Public Health.* 2013; 23(4):393-403.
19. American Academy of Family Physicians, Merck, & RIASWorks. Time to talk CARDIO (Creating A Real Dialogue In the Office). News release. [Internet]. Dublin, Ohio, USA; 2009 [citado 4 Jun 2016]. Disponible en: <http://canyonranchinstitute.org/storage/documents/CARDIO-press-release-Ohio.pdf>
20. LeBesco K. Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness. *Crit Public Health.* 2011; 21(2):153-64.

Iriart C, Merhy EE. Disputas inter-capitalistas, biomedicalização e modelo médico hegemônico. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(63):1005-16.

Este artigo situa-se no campo de estudo dos processos produtivos e da transição tecnológica da produção do cuidado em saúde. Examina a entrada do capital financeiro no setor saúde e suas disputas com o complexo médico-industrial. Avança na compreensão de como os setores capitalistas, que lideram a reestruturação produtiva na saúde, apostam na potência dos processos de criação de novas subjetividades na transformação e consolidação do atual modelo médico hegemônico e na produção/reprodução dos modos de agenciamentos capitalistas. Usamos o conceito de biomedicalização para entender a radicalização do processo de medicalização, que vem se mostrando insuficiente para compreender as mudanças observadas. A compreensão desses fenômenos facilita reconhecer resistências e linhas de fuga, que possibilitam apostas não mercantilistas na saúde, criadoras de autonomia e valorização da vida individual e coletiva.

Palavras-chave: Complexo médico-industrial-financeiro. Modelo médico hegemônico. Biomedicalização. Subjetivação. Mercado e saúde.

Submetido em 27/09/16. Aprovado em 21/11/16.