



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Los conceptos de lo Bio en los discursos antropológicos en pacientes con cáncer

Bio concepts in the anthropological speeches in patients with cancer

LEONARDO XAVIER BRITO ALVARADO *

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Leonardo Xavier Brito Alvarado. Profesor de la Universidad Central del Ecuador. E-mail: xavibrial@yahoo.com.ar

Resumen

Los conceptos de bioética, biopolítica y biopoder foucaultianos constituyen pilares fundamentales en los debates sobre la vida y la muerte, de manera especial, en el mundo occidental. No obstante, esto ha conllevado, a una pérdida de su originalidad conceptual desembocando en una banalización de sus principios, quedando incapaces al momento de describir determinadas situaciones en pacientes terminales, especialmente los que padecen de cáncer. Desde un análisis bibliográfico, se afirma que las vinculaciones entre enfermedad, pacientes y servicios médicos no se pueden sostener exclusivamente desde los discursos foucaultianos, sino que hay que abrirse a nuevos conceptos y autores como Agamben, Baihl, Esposito, Petryna, Rabinow, Rose, entre otros.

Palabras clave: bioética; biopolítica; biopoder; cáncer.

Abstract

The concepts of Bioethics, biopolitics and biopower are fundamental pillars in discussions about life and death, especially in the Western world. However, this has led, to a certain extent, to a loss of originality leading to a dilution of its principles, being unable at the time to describe situations in cancer patients.

Keywords: bioethics; biopolitics; biopower; cancer.

1. Introducción

La etapa final de la vida, en condiciones altamente precarias y dolorosas como el caso de pacientes con cáncer, ha motivado un debate sobre las alternativas médicas y tecnológicas para enfrentar a este periodo de vida. En la actualidad la bioética es la disciplina que ha asumido, en gran medida, este debate interdisciplinario surgido, de manera especial, en las últimas décadas. Sin embargo, la Antropología médica, en los últimos años, ha reclamado un lugar para el debate, debido a que, como lo expone Vásquez Roca “su núcleo de interés constituye un cambio de paradigma a partir del cual deben replantearse cuestiones cruciales, entre las que se cuentan el desarrollo de una cultura y sensibilidad en torno al planeamiento de la limitación del esfuerzo terapéutico”. (Vásquez Roca, 2009).

Antropológicamente existe una serie de estudios sobre los discursos y las prácticas médicas al final de la vida en pacientes, especialmente oncológicos, que han proporcionado una serie de argumentos metodológicos, cualitativos y cuantitativos, que exponen determinados discursos en que las desigualdades sociales y las diferencias culturales son concluyentes al momento de tomar medidas jurídicas y médicas sobre la vida y la muerte.

No obstante, hay conceptos que denominan el panorama de las investigaciones, como el biopoder, la biopolítica y la propia bioética, que se enclaustran, muchas veces, en la esfera teórica que no permite cartografiar las prácticas cotidianas de los sujetos inmersos en el drama médico de las enfermedades.

2. Panorama teórico

Los cambios tecnológicos en la medicina especialmente desde el siglo XIX influyeron en la forma de ver, sentir y pensar los procesos de la vida y la muerte. “Durante este periodo el desarrollo de la ciencia médica y la muerte terminaron por encontrarse frente a frente” (Méndez, 2002: 18). La percepción cultural de la vida y de la muerte en las sociedades contemporáneas gira alrededor del conocimiento científico, de manera especial, desde el empoderamiento biológico y tecnológico como los únicos constructos verdaderos. “A través de sus intervenciones, muchas veces se puede posponer la muerte o mejorar el destino de quienes padecen enfermedades.” (Luna, 2008:16). Estos nuevos avances han posibilitado lo que Ariés denominó como el modo tecnológico de la muerte. Méndez retomando estas ideas conceptualiza:

En el modo tecnológico de morir, la muerte ya no suele estar en la casa, como en el modo tradicional sucedía, sino que está junto a la técnica médica, en el hospital. Este cambio de escenario trae importantes consecuencias. El moribundo no preside, ahora, la ceremonia a la manera antigua. En lugar de un señor moribundo en casa, es un paciente ingresado en una institución médica. Se encuentra rodeado de personal sanitario y sometido a la lógica hospitalaria. Las relaciones sociales que se establecen, en este medio, entre los asistentes a la muerte son bien diferentes. El acontecimiento afecta de similar manera a unos y a otros” (Méndez, 2002:13).

Las nuevas tecnologías médicas han traído una serie de cuestionamientos éticos sobre la asistencia sanitaria a pacientes terminales. Por lo general, estos cuestionamientos se refieren a la pertinencia de la aplicación de determinados tratamientos médicos que implican, en ciertos casos, una serie de conflictos sociales.

Las causas de la muerte han cambiado, para Ariés las enfermedades crónicas degenerativas y las condiciones de envejecimiento han comenzado a sustituir, en gran medida, a las enfermedades infecciosas como las principales causas de mortalidad. Así, como ejemplo, en Ecuador las principales causas de mortalidad, en el año 2013, según las estadísticas del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos corresponden a:

Se registraron 4.695 muertes a causa de Diabetes mellitus, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad general con un porcentaje de 7,44% y una tasa de mortalidad de 29,76. Enfermedades hipertensivas, es la segunda causa de muerte con un porcentaje de 6,64% y una tasa de 26,56. En el mismo año, la Neoplasia maligna de la mama se registran como una de las causa de menor ocurrencia con un porcentaje de 0,83% y una tasa de mortalidad de 3,30. (INEC: 2015).

La calidad de vida, en pacientes terminales, constituye uno de los dilemas más importantes en los discursos sanitarios, que implica las decisiones de los pacientes sus familias y del personal sanitario. Esta coyuntura, presenta al debate temas ampliamente controversiales como: la eutanasia, el suicidio asistido, los cuidados paliativos, entre otros, que en países como Ecuador son temas que han sido acorazados en la esfera de la religión cristiana católica.

3. Los debates de la bioética, biopolítica y biopoder

Los nuevos entornos médicos y tecnológicos hacen necesario una nueva teorización sobre la vida y la muerte en los seres humanos, es así que en 1970 Van Renseelaer Potter, bioquímico de la

universidad de Wisconsin, acuña el concepto de bioética que puede ser conceptualizada como. “La disciplina encaminada a tender puentes entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, con el fin de encontrar soluciones a las complejidades relacionadas a la toma de decisiones éticas sobre conflictos sociales resultantes de prácticas médicas”. (Casado, 2006:4).

Carlos Ribero alega que el concepto de bioética ha cambiado con el tiempo y que hoy puede ser argumentada como “el estudio sistemático e interdisciplinario de las cuestiones morales teóricas y prácticas de las ciencias de la vida y de la relaciones de la humanidad con la biosfera.” (Ribero, 2007:47).

Los principios filosóficos de la bioética elaborados, en 1979, por Tom Beauchamp y James Childress, que se engloban bajo la teoría denominada “Principlismo”, principios que se han extendido a todo el campo del accionar bioético. “El deber de respetar la autodeterminación del paciente, (autonomía), el deber de hacer el bien (beneficencia), el deber de evitar el mal (maleficencia) y el deber de promover la igualdad (justicia)” (de Lora, Gascón, 2008: 124). La teoría del Principlismo admite concebir a la bioética como un método encaminado a debatir sobre los problemas que se presentan al final de la vida.

Otro concepto utilizado para describir la vida y la muerte, en un contexto político, es la biopolítica que se ha convertido en uno de los debates filosóficos y políticos más recurrentes en el mundo contemporáneo. Michel Foucault¹, uno de sus exponentes más conocidos, distingue varias dimensiones de la biopolítica.

La primera “el poder sobre la vida” donde la tecnología política ha sido desarrollada bajo mecanismos de poder, centrándose en el “cuerpo como máquina” destinado a la potencialización de la fuerza física, tanto para la utilidad laboral como la docilidad corporal, que da paso a una nueva esfera la “anatomopolítica”² del cuerpo humano. La segunda dimensión se concentra en el “cuerpo como especie” retornando a la idea de especie humana anclada en la biología (nacimiento, mortalidad, nivel de salud, duración de la vida y otros), condiciones indispensables para entender a la biopolítica como una serie de intervenciones, controles y reguladores sociales de la vida. (Pedraza, 2001:3).

¹ Las referencias de la biopolítica en Foucault se remontan a su libro la “Historia de la sexualidad” tomo I “La voluntad del Saber” publicado en 1974. Otros autores que trabajaron los conceptos de bios: *Hannah Arendt, Giorgio Agamben, Roberto Esposito, Antonio Negri, Nikolas Rose, Paul Rabinow, entre otros.*

² Constituye una tecnología individualizante de poder, que constituye en controlar a los sujetos tanto en su cuerpo y comportamiento.

En el escenario trazado por Foucault existe una “tecnología de poder” que reemplaza al viejo derecho de “dejar vivir” por el poder de “hacer vivir”, como un modelo social de la administración política de la vida.

Para entender a la biopolítica hay que remitirse a los procesos históricos de su consolidación social, tomando el sendero propuesto por Foucault, en el siglo XVIII, se produce un importante cambio político al que denominó la “gran mutación tecnológica” que hace referencia a las relaciones de poder y a las emergencias de un gobierno económico sobre la vida de las sociedades (poblaciones) que ejerció esta tecnología mediante “dispositivos de seguridad”.

La transformación social surgida en este siglo produjo una incursión de la política sobre la vida, concentrándose los esfuerzos para controlarla, en este punto la vida fue pensada por fuera de lo divino, escenario en el cual el soberano extiende su autoridad y acción política sobre la población. En este sentido, la vida se convierte en algo producido, gestionado y administrado por el poder soberano del Estado, lo que hoy se entiende como planificación social. En palabras de Foucault: “Los dispositivos de poder y de saber tienen en cuenta los “procesos de la vida” y la posibilidad de controlarlos y modificarlos. El hombre occidental aprende poco a poco lo que significa ser una especie viviente.” (Foucault, 2003).

Por tanto, la biopolítica para Foucault es colocar la vida en un espacio de poder, un giro epistemológico jurídico del viejo “derecho soberano” a un nuevo derecho insertado en “gobierno de las poblaciones”, el control de la vida. Este quiebre epistemológico, permite al soberano (rey)³ como representante de la divinidad aplicar la fuerza para apropiarse de la vida de sus súbditos bajo el imperativo de “hacer morir y dejar vivir” permitiendo la sujeción a la voluntad del soberano.

Bajo la biopolítica se pretende, y a base de la tecnología, la acción de prolongar la vida eliminando las causas de mortalidad. Todos estos mecanismos están relacionados no solo al mejoramiento de la “calidad de vida”, sino dominarla. Todo este nuevo espacio de poder se lleva a cabo bajo una lógica dominante del capitalismo industrial.

En la economía política las fuerzas expresan nuevas relaciones de poder para entenderlas y reflexionarlas, pero Foucault necesitaba de una nueva teoría política que conduzca la articulación de las relaciones de obediencia y mando de la multitud ante el soberano, y encontró en la biopolítica la explicación de este entramado social.

En el capitalismo industrial la biopolítica se acomoda a las tecnologías disciplinarias creando cuerpos dóciles, pero a la vez útiles para la fuerza de trabajo propia de las fábricas del siglo XVIII

³ En contexto histórico del siglo XVIII.

donde “se aplica a la vida de los hombres, o mejor, no enviste al hombre cuerpo, sino al hombre viviente” (Foucault, 2003).

La biopolítica permite la coordinación estratégica de las relaciones de poder para que los vivientes produzcan más fuerza productiva. Para Foucault las funciones de la Biopolítica son: coordinar y dar una finalidad social, lo que llamó biopoder.

La idea del biopoder para Foucault posee una importancia central en sus debates, para lo cual retoma la categoría “anatopolítica”, como antecedente de la tanto de la biopolítica y del biopoder, que representa el control del “cuerpo-máquina”. El surgimiento de este poder está marcado en la idea de la “Medicina Social” que surge en el siglo XVII, pero que se consolida en los siglos XVIII y XIX, la idea de esta medicina basaba en las utilidades prácticas que poseía el pueblo para trabajar, la primera de ellas, constituir una gran e importante fuerza productiva y la segunda, formar parte de la defensa de los territorios.

Este entramado condujo a políticas de salubridad pública destinadas a cuantos sujetos se disponía para las prácticas laborales, dando paso a la llamada “estadística médica” que durante el apogeo de la Revolución Industrial abrió aún más la brecha entre pobres y ricos. Las esferas de aplicación de la “medicina social” implicaron, entre otras cosas, el ordenamiento del espacio, la interferencia de manera directa en los cuerpos, lo que, a su vez, se puede entender como una gestión de la vida de las poblaciones.

El “biopoder” puede entenderse como un territorio teórico y práctico en el campo del quehacer político, destinado a una administración política de estos por parte del poder del Estado y sirve como clasificador de las distintas formas de poder instaurados por los Estados en determinados momentos históricos. Desde esta idea se puede conceptualizar al biopoder como el “poder sobre la vida”.

Para Foucault el derecho de vida solo puede ejecutarse de una manera total y positiva junto a la muerte. “cuando el poder soberano hace la guerra a sus enemigos y expone la vida de los súbditos para sostener su existencia” (Foucault, 2004), en este sentido existe un ejercicio de poder indirecto sobre la vida y la muerte.

Frente a estos postulados expuestos por Foucault, existen nuevas categorías para entender la estrecha relación entre medicina y sociedad, categorías como la denominada “Ciudadano biológico” contextualizado por Nikolas Rose, quien lo define como:

...Una evolución de la ciudadanía desde el siglo XVIII en Europa, Norteamérica y Australia: los derechos civiles concedidos en el siglo XVIII hicieron necesaria la extensión de la ciudadanía política en el siglo XIX y de la ciudadanía social en el siglo XX. Esta

perspectiva es útil, en la medida en que se rompe con la política-filosófica de consideraciones de la ciudadanía. Como proyectos de ciudadanía, nos referimos a las formas en que las autoridades pensaban en (algunos) los individuos como ciudadanos potenciales y las formas en que trataron de actuar sobre ellos. Por ejemplo: la definición de los que tenían derecho a participar en los asuntos políticos de una ciudad o región, la imposición de un solo sistema jurídico nacional, a través de una territorio, los ciudadanos que obliga a hablar un idioma nacional único, el establecimiento de un sistema nacional de educación obligatoria y universal, el diseño de edificios y la planificación de espacios públicos en la esperanza de que alentaría a ciertas maneras de pensar, sentir y la actuación, el desarrollo de sistemas de seguridad social para vincular los temas nacionales para desarrollar el reparto de riesgos. (Ross, 2004: 8).

En este panorama la atención a la salud pública queda atada a los dilemas económicos, es por esto que los conflictos al final de la vida, en muchos casos, están delimitados por las condiciones de las clases sociales, que hacen, en muchos casos, la diferencia en las decisiones sobre el tratamiento, el vivir y el morir.

Autores como Sharp describen a estos procesos a modo de elementos que reflejan la importancia que se le da al cuerpo y la vida. “dice mucho acerca de nosotros mismos, ya que revela los valores culturales que asignamos al cuerpo. A su vez, se destapa un nuevo terreno para la comprensión de los límites que definen las relaciones sociales”. (Sharp, 2008).

4. El cáncer como metáfora de guerra

El cáncer es una enfermedad agresiva con relación al crecimiento del número de pacientes, su patología se caracteriza por ser muy cruel, dolorosa, y además encierra muchas fases desconocidas que ocasionan reacciones que influyen en las decisiones, médicas, sociales y culturales, en el debate sobre el final de la vida.

Susan Sontag argumenta que influye en todo el entramado de la sociedad “las imágenes que describen el cáncer resumen el comportamiento negativo del homo economicus del siglo XX: la imagen del crecimiento anómalo; la de la contención de la energía, es decir, la del negarse a todo consumo o gastos” (Sontag, 2003:19).

El cáncer para la autora, quien murió de esta enfermedad, representa el horror de una invasión generalizada con escaramuzas imprevisibles y terapias brutales que representan una suerte de contraofensiva militar donde el cuerpo se concibe como un campo de batalla; el cuerpo

libra frente al cáncer un combate encarnizado del que con frecuencia sale vencido. Hasta hace pocos años era una enfermedad considerada tabú, la que persistía en su malignidad y encono a pesar de las múltiples victorias que ofrece la ciencia médica. Sontag resume así: “Se pensaba en la tuberculosis como una muerte decorativa, a menudo lírica. El cáncer es un tópico extraño y todavía escandaloso para la poesía; y se antoja inimaginable volver estética esta enfermedad” (Sontag, 2003:18).

El miedo sobre el cáncer se debe a la idea de que la ciencia médica puede curar, casi, cualquier enfermedad, no obstante, para esta la posibilidad de sanación depende más por lo oportuno de su descubrimiento, que por la aplicación de medicamentos o de artilugios tecnológicos, paradójicamente estos avances tecnológicos han provocado que el cáncer se haga más visible.

El cáncer se ha convertido en una amenaza para Latinoamérica debido a los altos índices de morbilidad en la etapa avanzada de la enfermedad. El informe “*The Lancet Oncology*”, 2013, describe un panorama muy complejo en la región, donde se enfatiza que las políticas de salud, muchas de ellas caducas, se enfocan hacia una atención deficiente en los pacientes de cáncer.

5. Discursos y prácticas médicas al final de la vida

Existe una amplia literatura que ha comenzado a explorar las actitudes, prácticas y discursos del personal sanitario (médicos, enfermeras), los pacientes y sus familias, en relación al final de la vida. “Mucho de esta literatura se concentra mayoritariamente en la pérdida del control y de autonomía del paciente que conlleva a perder la independencia y la dignidad humana” (Geppert, 2011:3).

Bajo un concepto foucaultiano “dan lugar a una práctica donde las personas han llegado a pensar, sentir y actuar en el final de la vida, este enfoque permite una introducción sobre las experiencias hospitalarias de esta situación”. (Foucault, 2003). El concepto de Foucault sobre el discurso no es solo sobre el lenguaje o la estructura del mismo, se trata de formas discursivas y prácticas basadas en las reglas de exclusión que permiten o no la participación de los sujetos individuales.

Foucault considera el saber médico como una ciencia política, dado que a través de su práctica se ha ocupado en resolver técnica o científicamente problemas eminentemente políticos, estableciendo, entre otras cosas, una presencia generalizada de médicos en el espacio social, cuyas miradas cruzadas forman una red y ejercen en todo lugar y en todo tiempo una vigilancia constante, móvil y diferenciada. (Pedraza, 2006:5).

Pierre Bourdieu (2001), argumenta que los discursos en las sociedades es el resultado de intercambio de los capitales sociales y culturales, los cuales se definen como todo aquello que tenga valor simbólico en una sociedad determinada. En este sentido, los individuos por medio del capital cultural y social pueden formar intercambios discursivos. En el hospital, el entorno plantea a los médicos y a los pacientes terminales, dilemas y contradicciones sobre la vida y la muerte.

6. Conclusiones

Las conclusiones son quizás el trabajo más tedioso en la elaboración de un artículo o investigación, debido a que se puede caer en fatalismo, facilismo y estigmatización conceptual.

La Antropología médica en Ecuador, con escasa presencia en el debate, ha sido asumida, casi exclusivamente, desde los discursos del biopoder, biopolítica y la bioética. Este aferramiento teórico ha imposibilitado, en muchas ocasiones, ver otras categorías como la biosociabilidad, la ciudadanía biológica y la economía política de la esperanza, debates más contemporáneos.

No se puede alegar que estas categorías de análisis no sean fértiles para el debate social, pero son insuficientes para comprender desde lo social a las enfermedades y el entorno de salubridad.

Para poder entender y explicar las estrechas vinculaciones entre la enfermedad, los pacientes y los servicios médicos, no se puede sostener, exclusivamente desde los discursos foucaultianos, sino que hay que abrirse a nuevos conceptos y autores como: Agamben, Baihl, Esposito, Petryna, Rabinow, Rose, entre otros.

Las relaciones existentes entre los pacientes y médicos, muchas veces se aleja de los discursos del biopoder, la biopolítica y la bioética, y se basan más en la confianza entre médicos, enfermeras, pacientes y familiares.

Es tiempo en Ecuador de pensar o replantearse los conceptos sociales para describir los procesos de salud, enfermedad, como un diálogo más que una imposición exclusivamente médica.

7. Bibliografía

- ◆ BOURDIEU, Pierre, "Poder, derecho y clases sociales" Desclée De Brouwer, Bilbao, 2011.
- ◆ FOUCAULT, Michel, Vigilar y Castigar, Paidós, México 1994.
- ◆ Tecnologías del yo, Paidós, Barcelona, 1990.

- ◆ GESSERT, Charles, BAINES Barry, KUROSS, Steven, CLARK, Cinda, haller, Irina, "Ethical Wills and Suffering in Patients with Cancer: A Pilot Study" *Journal of Palliative Medicine*, Volume 7, Number 4, 2004. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15353095>.
- ◆ GEPPERT, Cynthia, RABJOHN, Patrick, VLASKOVITS, Joseph, "To Treat or Not to Treat: Psychosis, Palliative Care, and Ethics at the End-of-Life: A Case Analysis" disponible en: <https://www.ethicshare.org/node/757905>.
- ◆ LUNA, Florencia, SALLES, Arleen, "Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos" Fondo de Cultura Económica, México, 2011.
- ◆ MÉNDEZ, Baiges, Víctor, "Sobre Morir, eutanasias, derechos, razones", Trotta, Madrid, 2002.
- ◆ MILELKE, Mithscherlich A, "Documentos del juicio de Nurmberger", 1947, Tecno, México, 1978.
- ◆ MORGAN Jane, "End-of-life care in UK critical care units a literature review" Disponible, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2008.00274.x>, fecha de consulta, 12/06/2013.
- ◆ PEDRAZ, Miguel Vicente, "el cuerpo preso de la vida saludable" disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10649110>, fecha de consulta: 21/06/2012.
- ◆ SONTAG, Susan, "Las enfermedades y sus metáforas, Tauros, Bogotá, 2003.
- ◆ VÁSQUEZ Roca, Adolfo, "Bioética y Antropología Médica, los límites al tratamiento médico" disponible en: http://www.tendencias21.net/La-asistencia-medica-descubre-sus-limites_a_2857.html, fecha de consulta: 12/07/2012
- ◆ The Lancet Oncology Commission, 2013. Disponible en: http://press.thelancet.com/latinamericacancer_spanish.pdf. Fecha de consulta. 16/03/2013.
- ◆ TOVERUD, Kirsten, "Dying Cancer Patients: Choices at the End of Life" *Journal of pain and symptom Management*, 4 No, 2, 1997, disponible en: www.jpsmjournal.com/article/S0885...3/, fecha de consulta: 01/07/2012.

Fecha de recepción: 5 de marzo de 2015

Fecha de aceptación: 18 de noviembre de 2015