

Dalis del Pilar Sierra Polanco

Vinculada actualmente como docente catedrática en la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y como Coordinadora del Proyecto Ciencia, Tecnología e Innovación en la Corporación Universitaria Minuto de Dios - Uniminuto

Magister en Desarrollo Educativo y Social- Universidad Pedagógica Nacional- CINDE

Trabajadora social- Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

dalipsierra@gmail.com

Mesa Temática: Biopolítica, bioeconomía y modos de subjetivación. Enfoques teóricos y análisis empíricos en América Latina

Título de la Ponencia: Sujetos constituidos desde la salud pública: una arqueología y genealogía de los discursos de salud pública en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2004-2012

El interés de esta investigación surge como reflexión de los discursos de salud y salud pública implementados en el Distrito de Bogotá (Colombia). Como dispositivo de influencia en la constitución de sujetos y la configuración de subjetividades, a través de cuestionamientos desde el saber, el poder y la ética.

En la primera parte se realiza una compilación teórico-conceptual acerca de las diferentes perspectivas de la salud y la configuración de lo que hoy se conoce como *salud pública*. Acto seguido, se hace un acercamiento al poder desde la anatomopolítica y biopolítica, para así culminar con la conceptualización del dispositivo, estas miradas conforman el compendio fundamental para el sustento teórico y el análisis de los discursos de la salud y en particular la salud pública.

En segundo lugar se plantea como diseño metodológico la arqueología y a genealogía, a manera de otología crítica del presente, enfocada al análisis de los discursos en términos de saberes y relaciones de poder, que mediante el sistema de enunciados presentes en los discursos de la salud pública, busca visibilizar la salud como gobierno de la vida, la regularización del cuerpo, la salud pública como dispositivo y el sujeto que se pretende constituir.

De este modo, la investigación intenta ofrecer una perspectiva alterna de la salud desde la ética nómada y reflexiva, como punto de anclaje en la configuración de subjetividades.

Perspectivas sobre la salud

La salud es algo que todo el mundo sabe qué es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla (Gil, 2012, p. 1). Bajo esta perspectiva se hace hincapié en que la salud es un tema analizado desde varios puntos de vista y que por esa razón es definida de múltiples maneras, aun así tiene una connotación subjetiva de acuerdo con la experiencia de cada quien. En vista de que se enmarca en una serie de situaciones, estados y condiciones del ser humano, sus definiciones se caracterizan por la ambigüedad, la universalidad y, sobre todo, la utopía. De esta manera, la salud ha sido atravesada por un devenir histórico influenciado por intereses económicos y políticos que han configurado definiciones de la salud según las dinámicas propias de cada población, espacio y contexto.

En un primer momento la salud es representada por lo biológico en términos de enfermedad. En contraposición a esta mirada histórica, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), da un giro sustancial a la concepción de salud, al definirla como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”, (p.1) definición que pretendía reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse en las políticas sanitarias futuras.

En consecuencia se empieza a dar una nueva concepción de la enfermedad como fenómeno multideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia. Por ejemplo, Mechanic (1999) plantea conceptos como calidad de vida, estrategias de afrontamiento de la enfermedad y adhesión terapéutica.

Razón por la cual es importante mencionar que la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, ubicado en el plano de los hospitales, para conformarse un tema que concierne a todos los actores de la sociedad, constituyéndose en una medición de los gobiernos, desde una política de Estado en busca de la eficacia y su perpetuidad en el tiempo. Por tal motivo, se podría afirmar que el término *salud* es amplio y complejo, y en el que, como señala Lydia Feito, (1996) se pueden dar las siguientes características:

concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), **relativo** (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), **complejo** (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), **dinámico** (porque es cambiante y admite grados) y **abierto** (porque

debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción) (p. 64).

Configuraciones de la salud pública

Los primeros móviles de la salud pública fueron utilitarios, en busca de obreros y soldados sanos y de alto rendimiento para las insalubres industrias nacientes y para las guerras.

De esta actividad esporádica no surgió la profesión como tal, hasta que la presión de los propios interesados de las clases más pobres hizo posible la aplicación organizada por la comunidad de los grandes progresos científicos que se continuaban produciendo a un ritmo acelerado, porque el desarrollo de las fuerzas productivas había generado el modo de producción. (Cardona. 2000, p. 125).

En 1974, Hanlon argumenta que la salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. (Como es citado en Social, A. 2000, p.39.) Donde se busca como propósito la contribución al total desarrollo y vida del individuo y su sociedad incluyendo como elementos lo físico, lo mental y lo social.

En 1992, Testa, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como *campo de fuerza* y de aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por tanto, como construcción histórica.

Posteriormente en el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la siguiente definición: “La salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”.

En consecuencia, se plantean funciones esenciales de salud pública según la OPS a fin de mejorar la salud de las poblaciones, definiendo la salud pública como la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la calidad de la atención de salud, referida como práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

De esta manera, se retoman las funciones esenciales de la salud pública, orientadas hacia la medición de las capacidades de países para ejercer la salud pública:

- Monitorear y analizar la situación de salud de la población.

- Vigilar la salud pública.
- Investigar y controlar riesgos y daños en salud pública.
- Promocionar la salud.
- Motivar la participación social y el refuerzo del poder de los ciudadanos en términos sanitarios.
- Desarrollar políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría.
- Regular y fiscalizar en salud pública.
- Evaluar y promocionar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios, y desarrollar recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantizar la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Investigar, desarrollar e implementar soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducir el impacto de emergencias y desastres en salud.

Por lo anterior, se podría decir que las funciones primordiales de la salud pública, serían: la promoción o fomento de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación e investigación (Cardona, 2000, p. 23). Estos aspectos denotan que la salud publica significa el medio para lograr un bienestar de las poblaciones, un orden social, político y económico, y una mayor esperanza de vida de las poblaciones, en el que se tiene el antes, el durante y el después del ciclo de la enfermedad, como estrategia que opera para lograr el cumplimiento de lo llamado por muchos *salud*.

El poder: anatomopolítica y biopolítica

“Poder” proviene del latín *possum*, que expresa la noción de “tener poder, influencia, eficacia y potencia”, como una *posesión* o la tenencia de algo, así como el poseer la fuerza para algo; en otras palabras, ser pujante para ganar el dominio o la tenencia de un objeto físico o concreto para el desarrollo político y moral. Del mismo modo también tiene relación con el término latino *imperium* que se traduce como “dominio” y cuyo significado moderno es poder público, autotutela o *police power*.

Por su parte, Foucault (1990), como uno de los principales pensadores acerca del poder, presta atención a las dimensiones productivas de este, en la relación a la forma como opera, desde discursos, acciones, prácticas y dispositivos para proyectar y lograr la regulación y autorregulación de los sujetos. Así mismo, el autor plantea el poder como una forma totalizante y absorbente del sujeto que circula y se ejerce como una cadena que se entrelaza por nodos y fuerzas que establecen el rumbo y el comportamiento de los sujetos, mediante una serie de relaciones de tensión y potencia, verticales y jerárquicas en la mayoría de casos, que fluyen constantemente en todos los individuos y poblaciones, mediante el control y la imposición para someter al otro.

De este modo el poder tiene una estrecha relación con la gobernabilidad, donde el poder recurre a técnicas dirigidas hacia los sujetos para regirlos, bajo un saber que es validado como *verdad* y materializado en la apropiación de discursos, bajo una dirección y control permanente.

Esta gobernabilidad se establece mediante la producción y reproducción de un discurso sobre los sujetos, sobre sí mismos, que pretende la obediencia, fundando la importancia y necesidad de ser guiado, puesto que no se posee el saber desde los sujetos. Entre tanto, esto constituiría la legitimación del ejercicio del poder detonante de la configuración de subjetividades como instrumento de manipulación y como detonante de subjetivación como un efecto de la gobernabilidad.

De esta manera, la biopolítica representa una relación con la vida humana y la cotidianidad de los sujetos dentro de un marco de gobernabilidad, en el sentido de cómo la política se ha encargado de dirigir la vida (conducta y comportamientos) de los sujetos, siendo la biopolítica traducida en el poder sobre la vida.

La biopolítica tiene una estrecha relación con el poder, como potencia de transformar la vida de una colectividad, puesto que la población es el foco de las preocupaciones gubernamentales en la que se hace necesario dirigir y controlar las conductas.

En términos foucaultianos, la biopolítica, en cuanto mecanismo/procedimiento, está orientada a la producción de poblaciones y de las condiciones necesarias para su gobierno (estadística, políticas de salud e higiene, etc.).

Por su parte, la anatomopolítica está orientada a la producción de individuos dóciles y útiles de cara a las nuevas necesidades políticas, jurídicas y económicas del modo de producción económico, la formación de instituciones políticas. Foucault (1977) plantea que la *anatomopolítica* se centra en las disciplinas y su sometimiento.

Por esta razón es fundamental mencionar que la biopolítica tiene su énfasis en gobernar, pues un Estado pone en práctica la economía a todo nivel, con respecto a las poblaciones, sus capitales, conductas y comportamientos, como una forma de vigilancia y control, pero también de incitar hacia un proyecto productivo global.

Por su parte, la biopolítica se enmarcaría en un tipo de racionalidad política que el Estado despliega sobre los individuos, mediante diversas técnicas y mecanismos de poder sobre los sujetos, en sus diferentes escenarios de la vida cotidiana, tiempos, momentos, situaciones e interacciones sociales, donde el sujeto no es un sujeto pleno.

La anatomopolítica se enmarca en el sometimiento de los cuerpos de individuos y las poblaciones. Donde el cuerpo se convierte en sede y fundamento del individuo disciplinado a través de sus distintas manifestaciones de salud, enfermedad, alimentación, seguridad, higiene y estilos de vida (Aguilera, 2010, p. 34).

En consecuencia, la anatomopolítica según Foucault (1997) es una política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos (p. 157).

En este sentido, la anatomopolítica ubica su interés en el ejercicio de influencia política sobre los cuerpos de los individuos, ya que es allí donde se puede establecer una conducta y los comportamientos intencionados, con resultados en el ejercicio de su cotidianidad, es decir prácticas sociales. Por tanto, la anatomopolítica, como Castro (2004) lo nombra en su escrito, *El poder sobre la vida o la muerte a la vuelta de la esquina*, concentra sus preocupaciones fundamentales en cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo situarlo en el lugar que sea más útil (p. 75). Esto se expresa históricamente a partir de la individualización del cuerpo y la regularización de la población, que además de controlar y superar los eventos históricos que desafían la prosperidad económica del Estado.

El autor Jorge Martínez (2010) ubica la anatomopolítica como una relación entre verdad, poder y sujeto que se articula a la idea de:

Administrar la vida humana desde la sexualidad, la salud, la educación [a partir de] la aplicación de ejercicios de poder sobre el cuerpo desde saberes y prácticas. Y la interacción compleja entre la verdad, el poder y el sujeto, propia de esta anatomopolítica, que Foucault la llama *disciplina* (p. 54).

Entonces la anatomopolítica como mecanismo de poder establece la disciplina como una acción sistemática y permanente instituida por un mando de poder, con el objeto de facultar en los sujetos un orden y una conducta normalizada (procedimientos sobre el cuerpo), asentada en acciones repetitivas, mediante reglas y réplicas productivas tendientes a la consecución de las políticas gubernamentales.

Otro aspecto fundamental de la anatomopolítica es que su fuerza de poder se centra en el *cuerpo*, siendo este el eje donde se concentran las manifestaciones del poder político (saberes, verdades, discursos). De este modo, Foster (2003) plantea:

Pensar el cuerpo es, entonces, internarse en un territorio en el que se ha ido forjando la trama profunda de nuestra historia, es descubrir el otro rostro de un proyecto de nación que desplegó sus terribles cuotas de barbarie allí donde precisamente venía a consolidar su modelo civilizatorio (p. 283).

Por esta razón, el cuerpo es el medio para la colonización de la vida humana, es donde se fija el disciplinamiento, la racionalidad, las formas de organización y la adherencia a la institucionalidad. Lo cual significa el medio de materialización de las políticas gubernamentales y donde se inscriben las formas de dependencia de los cuerpos, puesto que en la institucionalidad se ubican, organizan y establecen conductas y comportamientos en una sociedad moderna disciplinaria.

Dispositivo: una tecnología de gobierno hacia los sujetos

Cuando se reflexiona acerca del dispositivo, se genera una lluvia de diferentes perspectivas, posturas lógicas y significados que pueden llegar a que se piense que es todo a la vez, un lugar, una institución, un discurso, una acción, una práctica, un elemento o un espacio temporalmente definido; o en otros términos, como lo nombra Moro (citado por Bellin, 1999) una palabra de maleta que permite explicar de manera elegante y conocida, lo que de otro modo exigiría el empleo de perífrasis azarosa (p. 252).

Es relevante detallar la postura foucaultiana que define como función principal del dispositivo, dirigida a generar estrategias de dominación que respondan a situaciones concretas que lo requieren con urgencia. Aquí se ubica la incidencia del dispositivo en la manipulación de las relaciones de fuerza que propician su fortalecimiento, inmovilización, bloqueo o encauzamiento.

Entre tanto, el autor define el dispositivo como la red que puede establecerse entre un conjunto heterogéneo de elementos que incluyen discursos, instituciones, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales. Por lo que el dispositivo no es cada uno de estos elementos, sino la articulación de todos estos en los sujetos. Así mismo, cuando habla que es similar a una red o retícula, significa que puede haber unidireccionalidad o multidireccionalidad entre las diferentes líneas que se configuran en los dispositivos, lo cual permite comprender una realidad desde la pluralidad y las dinámicas que se constituyen o emergen.

De la misma manera, es significativo anotar que Foucault (2008) es quien define el dispositivo como máquina para la producción de subjetivaciones, que implica la movilización de un conjunto de prácticas, discursos, saberes y medidas que contribuyen en la sociedad disciplinaria a la generación de cuerpos dóciles y libres que a partir de un proceso de subjetivación pueden apropiarse de su identidad y libertad como sujetos.

Por otro lado, Giorgio Agamben (2011) describe su tesis sobre el dispositivo, partiendo de la división entre los seres vivos y los dispositivos que permanecen aferrados siempre a ellos, cuya meta es su gobierno y orientación al bien: “llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p.257).

El autor también incluye el concepto de sujeto que resulta de la relación entre seres vivos y dispositivos, para detallar el modo en que los procesos de subjetivación se diseminan.

No obstante, Deluze (1987) propone líneas que componen el dispositivo: la visibilidad de una intención, el establecimiento de discursos, saberes, verdades, la ocupación de un espacio y la regulación de las relaciones, y por último las llamadas *líneas de fuga* que se escapan a las anteriores, como formas de poder y procesos de subjetivación. Por lo que este último componente visibiliza otra característica del dispositivo desde el poder, que genera también formas resistencia y transposiciones de los sujetos frente a ese régimen de verdad.

Este mismo autor define dispositivo como una máquina para hacer ver y hacer hablar que funciona, acoplada a determinados regímenes históricos de enunciación y visibilidad. Esto implica entonces líneas de fuerza que van de un punto al otro formando un trama, una red de poder, saber y subjetividad (García, 2011, p .4).

Del mismo modo, el dispositivo se puede comprender en lo político como una tecnología que envuelve múltiples métodos de acción, que buscan la modificación de la vida de las poblaciones, basada en conocimientos, saberes y practicas coercitivas que tienen el objetivo de tener un control regulado para modificar la conducta de los sujetos. Esta técnica o dispositivo, como se evidencia, tiene una influencia directa desde el plano gubernamental, el cual, desde sus interés económicos, políticos y sociales, tiene la intencionalidad de modificar las percepciones y prácticas de los sujetos, mediante el saber y la verdad del gobierno que puede ser materializada en discursos como leyes, normas y planes de gobierno.

Arqueología y genealogía

La arqueología busca establecer el sistema de formación discursiva que se caracteriza por ser una serie de palabras representativas del discurso que dan un peso de legitimidad, y que a pesar de los contextos y transposiciones sociales siguen vigentes en el discurso con una intencionalidad, como lo nombra Burgelin (1997), un sistema de discurso en donde se manifiestan cadenas enunciativas en permanente transformación, enunciados que se construyen y destruyen siguiendo una modalidad discontinua (p. 37).

En este sentido, la arqueología busca develar las palabras excluidas que han sido silenciadas, no por los efectos represivos de los discursos dominantes, sino por las estrategias de captación y asimilación que el mismo sistema de poder impone en sus regulaciones (Mora, 2002, p.26).

Entonces, frente al discurso se puede afirmar que este incide en los sujetos, cuando lo asumen como verdad, ya que al adoptarlo, se convierte en objeto de deseo y finalidad, y en consecuencia en una herramienta estratégica de poder. Por lo que, estudiar al sujeto implica indagar los discursos y las relaciones del sujeto con el poder y el saber.

En congruencia, metodológicamente se intenta dilucidar desde la arqueología y la genealogía, un análisis de los discursos como un saber infundado a partir de un juego de poder, manifestado en las relaciones entre sujetos y el devenir histórico de los discursos de la salud pública en la ciudad de Bogotá. Por lo que se asumen tres acciones investigativas para su

materialización en la investigación: conformación del archivo, visualización de los enunciados y el análisis de la materialidad de los enunciados.

Ontología crítica del presente de los discursos de salud pública en Bogotá

Como se ha nombrado el interés de esta investigación se centra en adquirir una mirada histórica de las condiciones y posibilidades de los enunciados en salud pública en la ciudad de Bogotá, en el marco de la promoción y la prevención, a fin de reconocer la historicidad y las relaciones que entretejen y forjan los enunciados. Para así comprender la salud pública desde los discursos gubernamentales, puesto que el saber desde donde han sido concebidos, resulta significativo para entender el tipo de sujeto y subjetividades que se pretenden constituir o que se han configurado.

Entonces, hacer genealogía es hacer ontología, es "descubrir que la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no están ni el absoluto, ni la verdad, ni el ser, sino a exterioridad del accidente" (Nietzsche citado por Foucault, 1997, p. 13).

Por tanto, la genealogía proporciona una serie de interpretaciones de los devenires históricos, por lo que debe mostrar el hecho y los posibles porqués, los intereses, las determinaciones históricas y culturales que pudieron desencadenarlos, e interés de poder que los produjo, lo cual develaría el juego de relaciones de poder que se dinamizan y que se han configurado por saberes constituidos como verdad.

Desde lo arqueológico, se intentó exponer el dominio que ejercen las instituciones, las relaciones de la economía, la política y las relaciones sociales sobre las cuales se articulan las formaciones discursivas.

Por lo que finalmente en la arqueología:

[...] se trata no de reconstruir el pasado a la luz de un presente, trasladando sobre la historia nuestras preocupaciones actuales, sino de reflexionar nuestro presente desde las referencias del pasado, es decir, no buscar las verdades del pasado, sino el pasado de nuestras verdades" (Murillo, 1997, p. 65).

Por lo que desde la arqueología y la genealogía se comprenden las relaciones de poder y su funcionamiento en la construcción de saberes, que se han afirmado como una verdad y forma de poder, así como una institución de los momentos y acontecimientos discursivos, es decir, discursos que se articulan y se materializan en la realidad, que describen lo que somos como

sujetos. Analizando las condiciones históricas de posibilidad de los discursos que articulan lo que se ha pensado, dicho y hecho al respecto a los modelos. (Martínez, 2012, p. 78)

La salud como gobierno de la vida

El gobierno de la vida es representado mediante la relación entre gubernamentalidad, poder y sujeto; es decir, el poder gubernamental sobre el sujeto. Por esta razón la reflexión que se debe hacer consiste en plantear la salud como una forma de gobierno de la vida, puesto que la salud en Colombia, en un principio se basa y configura desde su normatividad –“Constitución Política de Colombia” y “Ley 100 de 1993”– como un discurso gubernamental que se instaura como verdad y así en saber, que a su vez se constituye como un poder, por las características de normatividad y ley que establece parámetros de cómo se deben concebir, percibir y desempeñar la salud por los sujetos.

También, la salud como gobierno de la vida se ve representada como *servicio de salud* en estos discursos, el cual desde la función del poder se evidencia claramente su intencionalidad política y económica, en busca de la productividad del Estado, siendo la salud concebida como un sistema económico de rentabilidad y los altos ingresos económicos; pero también de un sujeto que se pretende constituir como productivo, puesto que la salud determina en él, su condición de sano y por ende productivo.

De este modo, la Constitución Política de Colombia de 1991 es el documento imperativo que direcciona y establece desde lo político, lo económico y lo social, un sustento normativo, de cómo se deben organizar y ejecutar acciones en la población colombiana.

Este discurso enuncia la salud desde el punto de vista jurídico normativo y de organización del sistema, el cual establece mediante los artículos 44, 48, 49, 50 y 366, cómo debe operar la salud en Colombia y por lo tanto cómo se debe asumir principalmente, desde un concepto de servicio, universalización, eficiencia y solidaridad.

Al analizar estos contenidos en materia de salud, se visibiliza la salud principalmente como un servicio que busca la regulación y autorregulación de los sujetos, que circula en diferentes escenarios de poder institucional y político, y que se ejerce como una cadena que se entrelaza por nodos y fuerzas (leyes, sentencias, políticas públicas e instituciones de la salud), estableciendo el rumbo y el comportamiento de los sujetos.

Así, dicho concepto de *derecho ciudadano en salud* se enmascara por el concepto de *aseguramiento* (seguridad social en salud), es decir por el derecho de comprar servicios de salud o por el derecho a recibir servicios de salud, transformando la salud en mercancía.

En consecuencia, la Constitución Política de Colombia es el reflejo del poder soberano, pues desde allí el Estado fundamenta su acción hacia las poblaciones en materia de salud. Por lo que el discurso conduce a un adoctrinamiento de los sujetos, mediante el poder político materializado en la Constitución, que tiene una fuerte finalidad en el sujeto, en el sentido de cómo se debe entender la salud y su forma de ejercerla: “un servicio, que incluye la oferta y portafolio de servicios, teniendo en cuenta las demandas”, que se estipulan mediante ciertas condiciones y estratificaciones sociales de los sujetos, es decir que a mayor grado de pobreza su atención directamente es responsabilidad del Estado, y a menor grado de pobreza y acceso económico (un trabajo), mayor beneficios en la prestación de un servicio de salud.

Por esta razón en Colombia la reforma sanitaria de la Ley 100 se enmarca en la articulación estatal entre la población y las instituciones. Es decir la bisagra de las transacciones entre los miembros de la población, las instituciones, las agencias financieras y los prestadores de servicios, que busca facilitar el flujo de los recursos hacia la producción y consumo de los servicios. La búsqueda de fuentes alternativas de financiación y la organización de la oferta con criterios de mercado, como lo nombra Gómez Ávila (2005).

Entonces, esta ley es la puja entre diversos conflictos políticos y económicos que determinan la normatividad de cómo desarrolla un sistema de salud eficiente y sostenible. Como discursos de verdad/poder, que denominan a cada ente público de la salud (hospitales de la red pública) empresas sociales del estado (ESE), esto quiere decir autosostenibilidad económica en términos de producción y rentabilidad.

Así pues, la Ley 100 es una realidad de la biopolítica, que se mueve en el marco de la salud y la salud pública en Colombia, ya que representa la directriz que conduce y ordena la operativización del sistema de salud en los sujetos, desde una perspectiva netamente economicista, donde el sujeto comienza a interiorizar que la salud tiene determinados medios y protocolos técnicos de acceso y, por otro lado, donde los sujetos interiorizan que la salud debe ser autosostenible económicamente, puesto que se debe pagar un mínimo por esa prestación de servicio, que incluyen factores como autorresponsabilidades, autocuidado y hábitos saludables que minimizarían la atención de enfermedades complejas y que en consecuencia, reducirían el gasto que implica su atención cuando es de alto impacto, pero que,

por otra parte el aumento de su rentabilidad en la medida, en que se tenga mayor número de usuarios, los cuales pagan por el servicio así no lo necesiten.

Con este argumento se puede afirmar que el ejercicio de gubernamentalidad en Colombia, actualmente, está pensando incluso antes de la concepción de la vida, ya que, proyecta y organiza políticas (propias de una sociedad empresarial), que dispone al nuevo sujeto para moldear su subjetividad al engranaje del sistema. Incluso este ejercicio gubernamental trasciende a la muerte, puesto que se concibe al sujeto como productivo hasta muerto, dentro de una lógica productiva en torno a la muerte que se ha generado. Esta última es entonces concebida como negocio (reclamo de seguros, servicios funerarios, entre otros) que tiene relación directa con el sistema de salud que hemos descrito en Colombia desde sus cánones de dirección como lo son la Constitución Política de Colombia y la Ley 100 de 1993.

En síntesis, las consecuencias de la mercantilización de la salud en el modelo gubernamental, y la generación de un proyecto de sociedad que requiere un sujeto sano y productivo, se configuran mediante la producción de la subjetividad desde las técnicas gubernamentales planteadas por un modelo capitalista, que supone la regularización de la salud, por las leyes de mercado y el modelo de empresa.

La regularización del cuerpo desde los discursos de la salud pública

El cuerpo es susceptible a las influencias más cercanas en sus devenires históricos e interacciones con otros espacios, escenarios, pares, que lo hacen ejercer su vida, según las influencias por las cuales ha sido ha atravesado, pero con la posibilidad de reconfigurarse y deconstruirse a sí mismo.

Serratore (2006) nombra que Esposito plantea desde la anatomopolítica dos concepciones del cuerpo: la primera, el cuerpo en cuanto máquina, donde el este queda subordinado en su educación, su utilidad y su docilidad, mediante procedimientos de poder característicos de las disciplinas. Y la segunda, la noción del cuerpo-especie, sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida, etc.; enunciado que todos estos problemas son tomados a cargo de una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población.

En consecuencia e hilando las relaciones de poder y la cadena enunciativa del saber, el enfoque promocional de calidad de vida y salud (EPCVYS), es uno de los discursos que determinan el ejercicio de la salud en Bogotá. Este es entendido en el plano de la salud pública como una combinación de las perspectivas del bienestar de los individuos (centradas en la *elección individual*), las teorías del desarrollo (centradas en el *crecimiento económico*) y

la producción de indicadores para medir los avances, de un lado y del otro (Secretaría Distrital de Integración Social, 2011, p. 11).

De este modo, a partir de este discurso se puede evidenciar que la calidad de vida tiene una connotación fuerte, frente a la modificación del cuerpo en términos de corporeidad, manifestado en el cambio de hábitos y prácticas en salud (alimentación saludable, manejo del tiempo libre, desarrollo de actividad física, uso de métodos de regulación de la fecundidad, el no consumo de tabaco y alcohol, y aproximarse a un peso conveniente, entre otros).

Por eso, para comprender más a fondo lo que significa las practicas de salud en los sujetos y su incidencia en el cuerpo, es importante tener en cuenta la mirada que Rossi Braidotti (2010) expresa frente a los hábitos: “[...] son un tipo de adicción impuesta socialmente, y por consiguiente, legal. Son toxinas acumuladas, que por la mera repetición no creativa, engendran formas de conductas que pueden ser aceptadas socialmente como “normales” hasta ‘naturales’” (p. 25).

En este sentido, y reafirmando la postura anterior, las prácticas y los hábitos se convierten en la estrategia de la salud pública para orientar y direccionar el ejercicio cotidiano de los sujetos, puesto que promulga el ejercicio permanente de prácticas saludables en todas las etapas de la vida (infancia, juventud, adultez y vejez), así como en cada escenario de la vida cotidiana (escuela, trabajo, familia, lo íntimo, lo público, lo privado, etc.), mediante la promulgación de acciones que deben ser repetitivas y constantes, catalogadas como adecuadas y estandarizadas bajo las normas universales en salud (planifique, tenga un proyecto de vida, baje de peso, no consuma en exceso alcohol ni cigarrillo, evite el estrés, tenga resiliencia emocional).

No obstante, es relevante mencionar que este análisis no pretende decir que estas prácticas divulgadas son nocivas para el sujeto. La postura aquí es visibilizar que estos discursos no buscan la plena satisfacción ni felicidad, sino que presentan un trasfondo fuerte de productividad del sujeto, “se necesitan sujetos sanos, para que produzcan en los diferentes contextos sociales y aporten al desarrollo y crecimiento económico”.

En consecuencia, la institucionalidad es un modo de regularización del sujeto, en la medida en que es el espacio físico y la representación simbólica del poder, puesto que figura la gubernamentalidad, el saber, la verdad. Michael Foucault sostuvo que los *saberes* crean poder y que el poder no puede mantenerse sino es a través del *saber*.

Aquí se hacen más que visibles los enunciados planteados en la investigación, “servicios de salud y calidad de vida”, en cuanto a cómo los discursos de la salud pública, en su devenir histórico y configuración, se han direccionado siempre hacia los servicios, y por ende al

cumplimiento de un interés general de calidad de vida, que tiene como trasfondo una utilidad netamente político -económica, en el marco de globalización y el capitalismo. Donde prima el interés económico sobre la salud y su significado de ser y sentirse bien, en alma, cuerpo, en lo íntimo y lo público, así como en lo individual y lo colectivo.

Dispositivo de la salud como forma regulación de los sujetos. ¿Qué sujeto se intenta construir?

El dispositivo es un mecanismo regulador de sujetos, el cual organiza y delimita, para generar un pensamiento, un discurso y una acción.

En este sentido el dispositivo de la salud, a través de sus discursos, primero ha dado un orden por etapas de ciclo (infancia, juventud, adultez, vejez) y por grupos poblacionales a partir de las nuevas configuraciones que han surgido en el contexto bogotano (víctimas del conflicto armado, etnias, personas con discapacidad, mujeres, LGBT). Esto es producto de una forma global de organizar las poblaciones y darles funciones y roles específicos socialmente en cada uno de los momentos cronológicos de la vida.

Un ejemplo es el Plan Decenal en Salud (2012-2021), el cual como discurso clave para la implementación actual de la salud es un proceso técnico y político, que exige una sólida sustentación técnica, que permite ordenar y armonizar el quehacer de la salud pública. Por eso la dimensión prioritaria en salud pública tiene múltiples entradas por ciclo de vida, eventos, determinantes sociales, diferenciales de género, pertenencia étnica, discapacidad y víctimas.

Este discurso denota la forma como se imparten mecanismos de adopción de las instituciones y, a la vez, su impacto en los sujetos, en cuanto a la forma de organización y de cualificación y cuantificación de la vida y las condiciones históricas que lo han hecho.

Aquí lo no discursivo se emplea como dispositivo en la medida en que lo natural o lo normal, conceptualmente en el manejo de la salud pública implica una disposición de los sujetos.

También se constituyen sujetos en términos de momentos de vida, situaciones que los hacen diferentes dentro de lo que es normal, y territorial, espacios de vida; lo cual genera categorías de acción en lo ambiental, en lo mental, en lo nutricional, sexual, y condiciones en lo colectivo de la población y su espacio de interacción social.

Estos, desde el dispositivo, deben ser controlados mediante procesos gubernamentales de: factibilidad, mortalidad evitable, carga de enfermedad e inquietudes en salud, los cuales constituyen medios de control sobre los sujetos, ya que no tienen la finalidad de disciplinar, sino de regular y homogenizar a los sujetos, como una forma de control.

Subjetividades. ¿Qué sujeto se intenta constituir?

En este camino, el sujeto puede interpretarse como una forma social, cultural e histórica que, al asumirse desde su autonomía, de sí y para sí, individual y colectivo, se construye y constituye permanentemente, no es una condición estática, sino en desarrollo que se moviliza en la tensión surgida en la lucha por su libertad individual y su vinculación colectiva, en relación con las condiciones e instituciones que le *atan* o *sujetan* para avanzar hasta donde le sea posible ser, en relaciones con su contexto cultural, económico, político y social.

Teniendo en cuenta que los discursos constituyen unas relaciones de poder dentro de los contextos de socialización y buscan constituir un tipo de sujeto. Se establece de esta manera una relación con el planteamiento de Habermas, acerca de los intereses de las relaciones sociales y comunicativas. Por esta razón, los discursos sociales configuran al sujeto y este, a su vez, se constituye a sí mismo en su interior, en su subjetividad, a partir de los discursos externos. Por ende, el sujeto es una construcción histórica, siendo el proceso de socialización el modo como el sujeto se conforma en el marco social como verdadero. Esto hace referencia a la anatomía política, en donde el peso de los discursos condiciona el cuerpo de los sujetos, pues subjetividad se refiere al campo de acción y representación de los sujetos siempre establecidos en las condiciones históricas, políticas, culturales, religiosas, entre otras. De esta manera la subjetividad se entiende como la capacidad del sujeto para constituirse a sí mismo, y en relación con los otros, con ese otro, con el cual dialoga; en ese intercambio de lenguaje se constituye la subjetividad dentro de contextos.

A partir de la miradas anteriormente desarrolladas en cuanto al poder, el cuerpo y el dispositivo, se considera relevante plantear una alternativa de pensamiento en la forma de concebir la construcción de subjetividades, desde la preponderancia de la salud, como dispositivo de control, y enfatizar en la configuración de sujetos, entendida como una forma nómada que cambia a partir del mundo en el que interactuó el sujeto, su historicidad y sus necesidades sociales fijadas por los diversos conflictos que enfrenta.

No obstante, surge la siguiente reflexión: es posible hacer rupturas en este régimen de regulación y control, desde la formación y constitución de nuevas formas de subjetividades y la identificación o configuración de nuevos espacios de socialización, trascendiendo desde el plano de la salud hacia la búsqueda propia y reflexiva de los sujetos, quienes así elaborarán sus propias construcciones de subjetividad en su ejercicio de salud.

Nuevas posibilidades de lo ético. Una mirada alterna a la salud

Lo ético es un elemento de análisis de este entramado social en la configuración de subjetividades, puesto que en la actualidad aún la sociedad dirige su actuación por los principios éticos kantianos de universalidad; por ello, a partir de la reflexión realizada frente a la influencia de la institucionalización de la salud en la actuación del ser humano como forma universalizadora, los preceptos morales determinan y regulan la conducta individual en tanto la sujetan a normas exteriores (moral del deber). Se plantea como alternativa una ética nómada enfocada en la afectividad y las pasiones humanas, entendidas como un motor de la subjetividad y no tanto por el contenido moral de la intencionalidad, la acción, la conducta, o la lógica de los derechos, sino por la alteridad, la condición del otro y la diferencia como conceptos cruciales de referencia.

Si se concibe a los sujetos en su configuración desde una subjetividad y ética nómada, no homogenizada, que no sea determinada por la institucionalización de la salud como dispositivo de verdad, (saber/poder) y canon de ético moral, o en otras palabras como instituciones morales. Estas no son lo que se pensaba, en la medida que indican a dónde debemos ir (Camps, 1987), así como cuál es la finalidad del sujeto desde un correcto actuar del cuidado del cuerpo, las emociones y los sentimientos, como aspectos de éticos y morales del ser humano, sino que el sujeto a través de su historicidad, visualización del mundo e interacción social con el otro, transpone y cambia dichos dilemas subjetivos a una reconfiguración fundamental de nuestro ser en un mundo mediado por la globalización, tecnología y sentido de productividad de lo humano principalmente. Por esta razón se contempla la posibilidad de una ética sustentable en la relación a la interconexión con uno mismo y los otros, que implica una nueva manera de combinar los interés propios con los de todos; es decir, una ética desde la alteridad, como se ha mencionado, pensada desde el bien común con el otro, como principio de lo que es un ejercicio en salud, pues, en la ética se debe aprender a pensar de un modo diferente acerca de nosotros mismos y nuestro sistema de valores, comenzando por trazar una cartografía de nuestras posiciones incorporadas y corporizadas. Esto significa transponer los debates morales (Braidotti. 2009, p. 45), transponer nuestra subjetividad frente a un ejercicio en salud impuesto ya que las situaciones cambian (no todos harán lo que deben hacer) porque se tergiversan de continuo.

Conclusiones

El sistema de salud en Colombia no es una solución, sigue siendo una problemática de inequidad, desigualdad e injusticia, determinada por un sistema capitalista que busca el lucro económico y la producción del sujeto.

La salud es un dispositivo de regulación del cuerpo, del sujeto, de su subjetividad, por esta razón pretende organizar su vida y establecer un sistema de conductas consecuentes con un objetivo de universalización orientado a la productividad. El poder en la salud, en cuanto biopolítica, es representado en términos de regulación del sujeto y las poblaciones, y anatomopolítica como medio de disciplinamiento del cuerpo; por lo que constituyen formas de organización de la vida y la muerte, es el poder sobre la vida, en términos de fecundidad, natalidad, mortalidad, longevidad, prácticas de cuidado, hábitos saludables, etc.

Por otro lado, el cuerpo es nuestro, y el mapa que tenemos de él nunca se llega a representar de forma acabada (Rodríguez, 2010, p. 12), es inacabada, configurante, y así mismo se deconstruye, consecuencia de historicidad, susceptible a las formas de subjetivación y las tecnologías de poder, que lo hacen ejercer comportamientos y posturas frente a la vida. El dispositivo de la salud, desborda el plano de la institucionalidad de la salud en un espacio determinado y lo amplía al campo y los escenarios de la vida en general, dirigido a la población, pero con un interés de penetrarlo de manera individual, atravesado por prácticas, hábitos y posibilidades, sobre las formas de definir y comprender el cuerpo, la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

La mirada de la educación para la salud permite hacer un análisis de la construcción de subjetividades. Esta lógica facilita comprender un discurso más, que se ha dado en la salud, que analiza cómo desde las políticas hay una incidencia clara en el interés de modificar y cambiar a los sujetos, a partir de unas políticas de desarrollo. Ayuda a una contextualización histórica de los tiempos actuales y de las configuraciones en salud, las cuales se han dado a partir de los cambios económicos principalmente, como elementos que establecen las necesidades de los sujetos.

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica* 26(73), 249-264.
- Aguilera, R. (2010). *Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault*, Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política, nº 11, ISSN 1698-795
- Braidotti, R. (2009). *Transposiciones sobre una ética nómada*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Burgelin, P. (1970). *Análisis de Michel Foucault*. ed. tiempo contemporáneo. Buenos aires.
- Camps, V. (1987). *Ética esperanza*. Estudios filosofía-historia-letras Primavera. Recuperado de: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/estudio04/sec_4.html

- Castro, G. (2010). *Historia de la Gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre, Universidad Santo Tomás, Instituto Penar.
- Castro, R. (2004) “*El poder sobre la vida o la muerte a la vuelta de la esquina*”. En: Revista El Rapto de Europa. Madrid, No.4.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.
- Feito, L. (1996). *La definición de la salud*. Diálogo Filosófico. Madrid.
- Foster, R. (2003). “*Las políticas del cuerpo*” en *critica y sospecha. Los claroscuros de la cultura moderna*. Buenos Aires. Paidós.
- Foucault. (1977), *El nacimiento de la medicina social*. Revista Centroamericana de Ciencias de la salud, N° 6.
- Foucault, M. (1997). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1994) Nietzsche, la genealogía, la historia. En: *Microfísica del Poder*. Buenos Aires: Planeta-Agostini.
- Foucault, M. (1997). *Defender la Sociedad*. Buenos aires. Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2008), *El gobierno de sí y de los otros*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- García Fanlo, Luis. 2011, marzo. *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agambem. A Parte Rei. Revista de Filosofía (74)*. (en línea). Recuperado de: serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf
- Gil G. El Concepto de la Salud. Barcelona. Recuperado de <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/El%20Concepto%20de%20Salud.pdf>
- Hernández A., M. (2002). *Historia de la salud en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Martínez, J.E. (2010). *La universidad productora de productores: entre biopolítica y subjetividad*. Bogotá. Editorial Universidad de la Salle.
- Mechanic, D (1999) *Issues in prmoting healt. Social Science and Medicine* , 48(6), 711-718.
- Mora, R. (2002). *El nacimiento de la escuela*. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla Colombia.
- Moro Abadía, Óscar. 2003. *¿Qué es un dispositivo? Empiria. Revista Metodológica de Ciencias Sociales (6): 29-46*. [En línea]. Recuperada de: <http://e->

spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Empiria-2003-7BF2AF98-D511-EFDB-9E25-11CA8A4F40C4/ Documento.pdf

Murillo Redondo, J.F. (1997). *Un nuevo milenio de transformaciones urbanas*. En papers of the Medieval Euro pe Conference Volumen 1.

Osorio, J. C. (1987). *El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción*. *Revista centroamericana de administración pública*, 12, 103-136.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *La atención primaria en salud renovada en el contexto mundial y regional: un enfoque renovado para transformar la práctica en salud*. Recuperado de: <http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2007, Octubre 14]

Rodríguez P. (2010). *Medicalización como estrategia biopolítica*. *Revista de Filosofía. Chile*.

Social, A. (2000). *Salud Pública. Salud Comunitaria. Medicina Social. Seguridad Social. Tratado de pediatría social* 39.

Serratore Constanza (2006). *El cuerpo propio e impropio de Esposito*. Recuperado de www.ms.gba.gov.ar/SaludActiva/a...de.../el_cuerpo_en_Esposito.pdf

Secretaria Distrital del Integración Social SDIS. (2011). *Enfoque promocional de calidad de Vida y Salud EPCVS*. Bogotá.

Testa M. (1992). *La crisis de la salud pública: Reflexione para el debate. Parte II: Salud pública: Acerca de su sentido y significado*. Organización Panamericana de la Salud OPS