



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras
Colegio de Filosofía

**La tecnología médica: experimentación y reapropiación. el caso de las
colectivas de biohacking ginecológico**

Tesis

Que para obtener el título de
Licenciada en Filosofía

Presenta

Veronica Sánchez Melesio

Asesor de tesis

Mtro. José Francisco Barrón Tovar

Ciudad de México, Méx., 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

The kitchen is not a far cry from the ideal bio Lab. In traditional houses, the kitchen faces north, not to spoil the food. There is a water and heat source, solid non-porous work surfaces, fridge and freezer or equivalent for long-term storage, utensils, garbage bins.

Urs Gaudenz, Sachiko Hirose, *Lab Making*

Agradecimientos

A mis padres, a mi asesor Francisco Barrón y a todas las personas que quiero tantísimo y que constantemente le dan más sentido a mi camino.

Índice

Introducción.....	5
Capítulo 1: La Práctica Médica.....	9
1.1 Relación entre la Cientificidad y la Eficacia en la Tecnología Médica.....	9
1.2 Mirada clínica/mirada del investigador.....	17
Capítulo 2: Relación médico-paciente.....	25
2.1. Enfermedad.....	25
2.2 Las técnicas de visualización en la tecnología médica.....	33
Capítulo 3: La extrema experimentación/apropiación de las colectivas de biohacking ginecológico.....	39
3.1 La tecnología ginecológica.....	39
3.2 La extrema experimentación.....	50
3.2.1 Pechblenda y Gynepunk.....	50
3.2.2 Quimera Rosa: Mi enfermedad es una creación artística.....	54
Conclusión.....	58
Referencias.....	63

Introducción

En este trabajo voy a explorar la práctica médica centrándome en sus implicaciones político-tecnológicas, pero también en la idea de experimentación que se fue formando con el auge de la tecnología médica. Para esto me basaré en el texto de Jaspers "La práctica médica en la era tecnológica". Allí, el autor expone cómo las maravillas tecnológicas de la ciencia moderna han contribuido a un refinamiento tecnológico de la práctica médica, desembocando en un crecimiento de la medicina que nunca se había visto. Sin embargo, desde la perspectiva de Jaspers, esto también ha contribuido a que el médico y el paciente se sientan perdidos entre máquinas. Así, la medicina está viviendo un auge al mismo tiempo que una crisis. Para Jaspers, en un contexto donde la práctica médica se está reduciendo a un conjunto de operaciones técnicas, el médico tendrá que reivindicar su identidad en su consultorio más que en su laboratorio. En el sentido en que el autor piensa que el consultorio es un escenario donde el médico puede desarrollar su identidad, en tanto que puede volver a conectar con los valores hipocráticos que para él debería tener un médico. Según Jaspers, la consulta se lleva a cabo frente al paciente, usando los instrumentos y avances médicos, sí, pero sin que sean los protagonistas. Para Jaspers esta dicotomía de consultorio/laboratorio es importante, porque es una manera de explorar la raíz de eso que debería ser el médico, defendiendo de alguna manera cierta pureza sobre la práctica médica y la identidad del médico, que a lo largo de mi trabajo demostraré que es la gran limitante del propio Jaspers.

A su vez, dando un salto, esta crítica que hace Jaspers ayuda a entender o rastrear las bases de eso que critican las prácticas *DIY/ DIT* de biohacking ginecológico actuales y el papel que juegan, más concretamente del movimiento *Gynepunk*. Aunque la crítica de Jaspers se encuentre en otro lugar, el contraste, y ese lugar de donde parte Jaspers, me sirven para señalar de donde parte la necesidad de movimientos como las *gynepunk*. Estos movimientos

de biohacking ginecológico hacen una crítica a la práctica médica, en particular a la ginecológica, y a sus modos de proceder, sin negarla del todo, ni pidiendo un retorno a una medicina natural y menos instrumental, sino apropiándose de su tecnología para trasladarla a un terreno donde ésta no se rige por los protocolos científicos institucionales, sino por el mero querer experimentar. De esta manera, pueden explorar las posibilidades de ser de dicha tecnología fuera de la rigidez científica de que está revestida. Rigidez que el mismo Jaspers hace notar cuando dice que los médicos corren el riesgo de ser meros autómatas: que el médico se vea reducido a solo obedecer y cumplir una función en el afán de buscar la precisión científica ciñéndose ciegamente a sus parámetros. Sin embargo, evidentemente, la manera en que lo aborda o quiere resolverlo es distinta. Para Jaspers es necesario que los médicos se permitan explorar respuestas en otro lado, pero siempre y cuando ese otro lado sea su bagaje científico y aterrizándolo en la consulta médica. Por otro lado, estas colectivas *DIT/DIY* tratan de eliminar la barrera que existe entre los pacientes y la atención médica que reciben, pretendiendo disipar la mística médica que rodea a la práctica, es decir, que para el paciente sean menos crípticos los procedimientos y pruebas que se haga. Que cualquiera pueda realizar una prueba básica sin necesidad de dominar teoría científica, y sobre todo de forma barata y portátil, sin necesidad de circunscribirse a la institución médica y sus protocolos.

Para exponer lo anterior, dividí este trabajo en tres secciones. En la primera sección voy a centrarme en el problema que Jaspers encuentra en la medicina moderna, a raíz de que los avances tecnológicos automatizan la práctica médica. Los médicos se vuelven meros técnicos, la consulta médica se vuelve un trámite burocrático y los pacientes se involucran cada vez menos en el proceso, contribuyendo a la crisis de la medicina de la que habla Jaspers, y que también expondré en este apartado. A su vez, también haré una caracterización de la medicina moderna y el conflicto tecnológico y político que representa para Susan

Sontag y Michael Foucault. Cada uno desde su propia perspectiva. Sembrando la pregunta de si es posible otra manera de ser de la práctica médica. Después, en la segunda parte voy a enfocarme en la relación médico-paciente en específico desde la perspectiva del paciente y el cuerpo enfermo, así como lo que implica el proceso de curación en la era tecnológica, en concreto, pensando en las tecnologías de visualización. Me voy a valer principalmente de la narrativa personal de tres autores: Susan Sontag, Jean-Luc Nancy y Audre Lorde. Los tres plantean la necesidad de que la enfermedad sea menos ajena para el enfermo. En el último apartado de este trabajo converge una de las cuestiones que fui delineando en los apartados anteriores, la búsqueda de la respuesta a la pregunta de Jaspers: ¿cómo amortiguar el hecho de que la tecnología moderna, pese a sus beneficios, se encargue de convertir en “hombres-masa de tecnificada mentalidad” (1933, p. 62) a los médicos y, por consiguiente, a los pacientes?

Siguiendo con la exposición de aquello que implican las tecnologías de visualización, haré un recorrido por la creación del diseño del espéculo. El poder que tiene de desocultar lo oculto, en este caso la cavidad vaginal, y el poder que se le otorga a aquel que puede ejecutar esta técnica: el médico. Sims fue nombrado el padre de la ginecología, en gran parte debido a su versión del espéculo que es la más utilizada hasta ahora. Por otro lado, la narrativa de las esclavas sobre las que experimentó no es relevante para la historia de la medicina. Así como ahora, no ha sido tomada en cuenta la relevancia de que el diseño actual del espéculo haga que muchas mujeres no vayan a chequearse debido a lo incómodo que les resulta este dispositivo. La crítica a que el diseño de estas técnicas se lleva a cabo desde una perspectiva, se ha hecho desde la institución médica misma pero también desde afuera, como es el caso del movimiento *Gynepunk* y los proyectos similares que han surgido a partir de ahí. Dejan claro que la utilidad, en un sentido que casi pareciera neutro, ya no es el único factor importante a tomar en cuenta a la hora de diseñar técnicas de visualización ginecológicas.

Estos proyectos *DIY/DIT* que podrían ser una alternativa a la institución médica, buscan una manera de que ésta se salga de los límites que anquilosan la práctica médica, y este salirse de los límites solo puede venir de una “extrema experimentación”. Para ellas esta experimentación implica tratar de expandir posibilidades de generar conocimiento y tecnología desde otro lugar, y de mantener abierta esa posibilidad. En este trabajo me propongo mostrar cuál es la manera en que funciona ese entrecruzamiento, que es una especie de engranaje, entre la práctica médica y la "extrema experimentación" que proponen estas colectivas, cuáles son esas posibilidades que implican llevar la tecnología médica a otros terrenos. Sugiriendo que al desdibujar los límites de la práctica médica y buscar soluciones desde todos los lugares posibles, queda claro que no hay un único camino a la hora de hacer tecnología ginecológica, y el problema de la exclusión de saberes que lleva a cabo la institución médica, junto con los problemas que se derivan de allí podrían combatirse desde lugares como los que generan las gynepunk.

Capítulo 1: La Práctica Médica

1.1 Relación entre la Cientificidad y la Eficacia en la Tecnología Médica

En este primer capítulo quiero exponer los rasgos más relevantes de lo que para el filósofo alemán Karl Jaspers se puede entender como una crisis de la práctica médica que se da con la aparición de la medicina moderna. Estos rasgos remiten, según el pensador alemán, a la relación entre la científicidad y la eficacia. La crítica de Jaspers permite mostrar la distinción entre la mirada del médico investigador y la mirada del médico clínico, que el autor termina aceptando que pueden y deben coexistir en el médico, sólo tendrían que encontrar su equilibrio. Asimismo, cierta caracterización de la medicina moderna la haré usando la propuesta de Karl Jaspers, y apoyándome en autores como Susan Sontag y Michel Foucault¹

¹ En “Qu’est que le pouvoir médical”, Jean- Paul Thomas rescata el término poder médico cuyo origen puede rastrearse hasta Foucault. En tanto que en la relación médico-paciente, aún cuando hay que tomar en cuenta la información que pueda dar el paciente sobre su enfermedad, el paciente solo es parte de otros factores que el médico tiene que considerar para dar un diagnóstico, pero al final es el médico a cargo quien tiene la última palabra y el poder de la verdad al menos en ese contexto. El poder del médico también implica jerarquías,

que confluyen —incluso tomando en cuenta sus diferencias de pensamiento y valoración²— en que para ellos representa un problema a elaborar que la medicina moderna sea una medicina tecnológica³. Esto me servirá más adelante en el siguiente capítulo para mostrar cómo se desarrolla la práctica médica en la era tecnológica desde la perspectiva de la relación médico- paciente. Antes de desarrollar todo lo anterior, me gustaría mencionar que a reserva de lo que dice Jaspers, la relación científicidad-eficacia, explica mejor el contexto de Jaspers pero no el actual. Esto tiene que ver con lo que Foucault menciona en “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina” sobre el hecho de que la medicina ya no responde exclusivamente a los intereses del enfermo, ni tampoco exclusivamente al control que el estado ejerce sobre los cuerpos. Como el autor también menciona en ese texto:

“En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumidos por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado. Los que realmente obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas.”(p. 170, 1974)

Esto es, en la actualidad la salud, y el curar, terminan siendo rentable por sí mismos, independientemente de otras cuestiones. Es así que la relación científicidad-eficacia de la que habla Jaspers escapa un poco a esto. Si acaso lo que hay que rescatar de aquí es que Jaspers se da cuenta de que no existe una relación lineal entre ambas, y son más factores los que intervienen para que un descubrimiento, técnica o instrumento sean eficaces en términos médicos.

mientras más poder, su trato con el paciente se reduce y solo se limita a dar un veredicto. Ahora bien, lo que debilita el poder del médico es que la medicina depende de la ciencia y la ciencia no es omnipotente como aparenta, es decir, también falla, y en ese sentido el peso que el poder del médico pueda tener sobre la verdad, ya no es tan absoluto, pierde potencia.

² Los diferentes acercamientos de los autores respecto al problema de que la medicina moderna sea una medicina tecnológica, en este capítulo, son, por un lado, para Susan Sontag, cómo se va redefiniendo (negativamente) la enfermedad conforme la tecnología de la medicina moderna descubre más aspectos sobre el funcionamiento biológico de las enfermedades. Por otro lado, Foucault se centra en desmitificar la supuesta relación entre los avances tecnológicos y una mayor eficacia en los procedimientos médicos.

³ A lo largo de mi tesis además de trabajar la relación medicina y tecnología también abordaré diferentes concepciones de esta última.

En *La práctica médica en la era tecnológica*, Karl Jaspers busca redefinir lo que es un médico en la era técnica, que para él empezaría en el siglo XVII y que llega a su momento culmen en el XIX, donde el despliegue tecnológico provoca que la vocación médica se vea alterada y transformada a un conjunto de operaciones técnicas, desencadenando que poco a poco el médico se someta a la precisión técnica en lugar de valerse de ella (1988, p.60) haciendo que "el médico mismo se transforme en técnico"(1988, p.66). No obstante, el autor considera necesarios los avances tecnológicos para el crecimiento de la práctica médica, de hecho, reconoce que el gran logro médico es que la medicina se empezó a basar en algo objetivo y no relativo como la religión, y se basa en el conocimiento científico (1988, p.10), es decir, no está en contra de dichos avances tecnológicos por sí mismos.

Sumado a esto, el avance tecnológico que experimenta la medicina moderna no tiene precedentes, un ejemplo de esto se puede ver en el florecimiento de la práctica quirúrgica, cuando se logró acceder a partes del cuerpo que antes no hubiera sido posible sin todos los descubrimientos y sobre todo instrumentos y dispositivos generados en la era técnica (Jaspers, 1988, p. 58). Es decir, para Jaspers, no es que toda la medicina anterior a ese momento fuera inútil —la herbolaria e instrumental como sondas y bisturíes ya facilitaban las operaciones, y se anticiparon grandes hallazgos, aunque fortuitos—, pero nunca se había visto, según el autor, tal precisión y eficiencia(1988,p. 58). Ahora bien, aquella inexactitud le costó a la medicina ejercida antes de la era tecnológica la confianza de las personas, surgiendo así la necesidad de recurrir al chamán/sacerdote/mago/charlatán, para llenar eso que el médico no podía, pese a sus buenas intenciones (Jaspers, 1988, p. 60). Así, esas prácticas “inferiores” para Jaspers, al querer ponerse al nivel de la medicina, la socavaban.

De esta manera, la ciencia médica en la era tecnológica se vuelve tan útil en términos de curación de enfermedades⁴ que por primera vez las personas no pueden ignorar la idea de

⁴ La definición que da la institución médica acerca de la salud-enfermedad es la predominante, la que tiene la autoridad de reconocerse como la visión legítima de lo que es estar enfermo y por lo tanto también de las técnicas de curación. Las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad han variado a lo largo de la historia,

ir al médico a la hora de estar enfermos. Ya no se piensa que ir al médico es contraproducente (Jaspers, 1988, p. 59), queda atrás esto que nos recuerda Jaspers que decía Montaigne: ir al médico no solo no te cura, sino que terminas muy probablemente con otra enfermedad (1988, p. 59). No obstante, si nunca antes la medicina había sido tan eficaz como en la era técnica, pregunta Jaspers: ¿por qué tanto médicos como pacientes se muestran más inconformes que antes? (1988, p.60).

Jaspers nota que, a la par del progreso, se habla cada vez más de superar la medicina oficial y de la necesidad de reevaluar el concepto de enfermedad y el de médico, esto se debe a la crisis de la medicina. De esta manera reconoce los principales rasgos de esta crisis (1988, p.60):

1. El médico pierde la claridad de lo que es ser médico.
2. El médico se confunde con el investigador.
3. El médico no reconoce que su disciplina se desenvuelve más allá de los límites que le pone la ciencia.

María del Carmen Vergara Quintero las divide en tres distintas: 1. la tradicional. Las primeras nociones sobre la enfermedad y su cura tenían que ver con la magia, el brujo/curandero podía curar mediante su conocimiento sobre las plantas y su cercanía a los dioses, ya que eran estos últimos de quien dependía la salud de las personas. Galeno es quien cuestiona por primera vez la influencia de los dioses en la enfermedad, dando paso al naturalismo hipocrático que iba en contra de una concepción sobrenatural de la enfermedad. No obstante, en la Edad Media se recupera la idea de que es de la religión de la que depende la salud y la enfermedad. Después, con la revolución industrial, la teoría microbiana en 1876, se toman en cuenta factores medioambientales, agentes biológicos, es decir, la causa de la enfermedad no reside solo en el paciente sino también en su entorno. Se trata de rastrear la causa de la enfermedad según los agentes biológicos y sociales. Surge así la epidemiología. En 1946, la OMS define la salud como un bienestar general y no solo como la ausencia de enfermedad. Esta concepción tiene como conclusión que la salud depende de factores como “estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana”. 2. Concepción moderna: En esta concepción se entiende la relación salud-enfermedad como resultado de “procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad”. Aquí predomina el modelo biomédico que se caracteriza por una deshumanización a partir de su lógica técnico-instrumental, haciendo aún más hincapié en los factores biológicos, dejando de lado el aspecto social del paciente que sí se tomaba en cuenta en la concepción tradicional. La enfermedad adquiere un matiz totalmente peyorativo, por esto, se considera como lo indeseable desde el punto de vista fisiológico, lo deseable será su contrario opuesto, la salud. Formándose una idea de enfermedad más estandarizada. 3. Concepción postmoderna. La idea de enfermedad de esta concepción se plasma en “El nacimiento de la clínica” de Foucault. Para Foucault, el ser enfermo es un invento reciente que está determinado por una relación entre el poder y el saber, a tal grado que sin esas relaciones básicamente la enfermedad deja de existir. Así es como a lo largo de la historia, la enfermedad a veces se vislumbra por los síntomas, la clínica, otras veces la anatomía patológica. Así, el lenguaje, el cómo nombramos la enfermedad es primordial para comprenderla. Lo complicado es desenmarañar la pluralidad de conceptos que existen para nombrar a la salud y la enfermedad.

De cierta manera todas se reducen a la primera. Es así que el autor nota una constante: Avances técnicos = Automatización. De allí que afirme: “Por todas partes la técnica da origen a grandes empresas, se generaliza el trato con las masas, que lleva a una nivelación por la cual los hombres se convierten en piezas de una maquinaria. La aparatización agosta la facultad del juicio, la riqueza del poder ver, la espontaneidad personal” (1988, p.5).

En otras palabras, la tecnología se vuelve intermediaria entre el médico y el paciente, y aunque Jaspers sí la reconoce como necesaria para el progreso científico, que evidentemente contribuye a la mejora de la disciplina médica, al mismo tiempo le resulta contraproducente la manera en que se va filtrando en cada tarea del médico. De esta forma, si el médico le delega todo a la máquina, significa que no es importante quién realiza esa función: el médico se vuelve intercambiable (Jaspers, 1988, p. 63).⁵

Ahora bien, para Jaspers, el hecho de que el hospital se encuentra seccionado en diferentes áreas, implica que el paciente se tiene que trasladar de un cubículo a otro según la especialidad y los estudios que requiera para obtener un tratamiento integral, evitando el trato directo con el médico: “se presupone que [...] el tratamiento médico se puede subordinar a un método de fábrica [...] Se evidencia en establecimientos y burocracias un movimiento gigantesco de faena médica, un sistema codificado de trabajos materiales”(1933, p. 61). Para el autor esto es una señal contundente de cómo se ha seccionado también el quehacer médico: “Los médicos se truecan en funciones: en calidad de clínico general, de especialista, de médico de hospital, de técnico especializado, laboratorista, radiólogo” (1988, p. 63). Al mismo tiempo, los pacientes se convencen de esta idea automatizada de lo que es ser médico

⁵ Pareciera que Jaspers deja de lado los elementos histórico-sociales, y esto de alguna manera lo lleva a no tomar en cuenta la influencia de ciertos factores políticos o económicos como el capitalismo. Desde aquí quiero mostrar cómo se va delineando el límite de su postura, comparada con otras que sí toman en cuenta esos contextos, como las gynepunk. pero aún así todo lo que va delineando abona para saber cómo ha funcionado la medicina y cómo se puede modificar. Esta pregunta de hecho se la hace Foucault y lo menciono más adelante. Foucault justo menciona que la ciencia no es algo puro, en tanto tiene sitio en la historia, y entonces se entrecruza con otros factores como el económico, el poder, la sociedad misma. Por lo tanto, si no es pura no se puede analizar como tal, y esto es un poco lo que hace Jaspers. Entendiendo todo este contexto es como se puede saber cómo ha funcionado la medicina y cómo se puede modificar.

y por consiguiente, al acudir a consulta no están dispuestos a aceptar otro trato que no sea ese, de lo contrario sienten desconfianza. Esto es, al paciente se le arrebató su derecho a atenderse con un verdadero médico⁶, ya que para Jaspers: “el aparato que quería utilizarlos para el abastecimiento de la masa ha hecho imposible que los haya” (1933, p.62).

Este sistema de “hombres-masa de tecnificada mentalidad”(1933, p.62), es decir, que usa a los médicos para brindar tratamiento técnico en masa, eventualmente elimina a los verdaderos médicos. En el sentido en que Jaspers piensa dicho quehacer, esto es, elimina a aquellos médicos que están dispuestos a ofrecer un tratamiento razonable, claro y concienzudo. A su vez, elimina a los pacientes que están dispuestos a recibirlo, que para Jaspers, cada vez están menos familiarizados con la idea del verdadero médico, buscan la inmediatez que les ofrece ese sistema: tratar la mayor cantidad de enfermos en el menor tiempo posible, ya que resulta a primera vista conveniente para ambas partes (1933, p.62). Así, pareciera que se busca redirigir la confianza, que antes se tenía hacia el médico, hacia la institución y las tecnologías de curación. Sin embargo este proceso tiene que ver no solamente con la tecnificación del saber médico, en tanto automatización y masificación, sino en tanto que la formación de la institución médica también es un proceso donde intervienen visiones como la del Estado.

De esta manera, a Jaspers le causa conflicto que todo este progreso no sea proporcional a la calidad de la atención médica: “podría creerse que los buenos médicos se tornan cada vez más raros en tanto la ciencia crece constantemente como saber” (1988, p.66) . Lo anterior también lo nota Foucault cuando en “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, refiriéndose al igual que Jaspers a los siglos XVIII y XIX, dice que los avances tecnológicos médicos no implican necesariamente una mejora en la salud. Para

Foucault:

⁶ Según Jaspers, y tomando el concepto de enfermedad que delimitó según la modernidad, el concepto de médico sería aquel que cura al enfermo, tomando en cuenta la necesidad del paciente y lo que la ética médica hipocrática sugiere. Cuestión que desarrollo más adelante.

A partir de este momento se establece la crisis, con la manifestación simultánea de dos fenómenos: el avance tecnológico importante que significó el progreso capital en la lucha contra las enfermedades y el nuevo funcionamiento económico y político de la medicina, sin conducir al mejor bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina. (1974, p.155)

Es decir, la crisis de la que habla Jaspers, Foucault también la ve en la inconsistencia en estar viviendo al mismo tiempo una aceleración técnico-epistemológica y un estancamiento en los resultados. Aunque los médicos tengan a su mano tecnología más eficaz, no se ve reflejado en los resultados de sus procedimientos. La tecnología no implica necesariamente una mejora en el tratamiento médico, ya que, de hecho, todo gran progreso médico conlleva algún tipo de perjuicio. Esto quiere decir que una nueva tecnología no solo trae beneficios, sino que además implica nuevos riesgos que no se habían contemplado porque no existían, es decir, se descubren esos nuevos riesgos conforme se usa dicha tecnología. A esto Foucault le llama riesgo médico, que es la relación casi inquebrantable entre los efectos positivos y los negativos de la práctica médica, es decir, que un efecto positivo puede venir acompañado de un efecto negativo y difícilmente se puede predecir. Por otro lado, más allá del riesgo que conlleva la tecnología, siempre hay algo por descubrir que perfeccione la técnica (1974, p. 159). Para ilustrar esto, Foucault, habla del caso del descubrimiento de los anestésicos y la técnica de la anestesia general, desarrollados entre 1844 y 1847, de cómo facilitó y aumentó las intervenciones quirúrgicas, aunque seguían siendo peligrosas por el riesgo de infección. Fue hasta que se descubrió la asepsia que ese riesgo disminuyó.

El problema no era que la anestesia fuera peligrosa por sí misma, sólo quiere decir que la anestesia necesitaba de la asepsia para lograr el grado de seguridad-efectividad deseado al realizar una cirugía, sin embargo, que ambas se necesiten no implica que de hecho se pudieran descubrir a la par, es decir, no hay un progreso tecnológico lineal (1974, p.159). La tecnología no va siendo más eficaz según vaya atravesando ciertos estadios. Aún así, como afirma Jaspers, el médico suele confiar en que la ciencia médica siempre le ofrece

certezas y por la tanto le ofrece también la seguridad de los procedimientos que lleva a cabo: “es común a todas las orientaciones el apoyarse en una ciencia supuestamente existente, pretendiendo que ésta es verdadera y correcta, objetivamente aprehensible y en constante progreso” (1988, p. 76) .

Así, Foucault quiere desmontar la creencia de que el progreso trae necesariamente una mejora en la práctica médica, separando la relación de la científicidad con la eficacia de la medicina . Esto es, aún si se acepta que algo tiene científicidad no hay que dejar de lado que puede ser peligroso y, por lo tanto, solo alguien con la formación necesaria podrá lidiar con esa tecnología según sea el caso (1974, p. 156). De esta manera, el autor señala el paso que se da en la historia de la medicina, de juzgar la nocividad de la ciencia con base en qué tanta científicidad hay en ese procedimiento/tecnología a cuando la medicina se convierte en una práctica bien fundamentada porque el porcentaje de su científicidad ha aumentado; pero la nocividad entonces ahora será juzgada por las repercusiones que puede tener dicha tecnología científica, “en la medida de su saber y en la medida en que constituye una ciencia” (1974, p.157). Insisto, si se crea un dispositivo, en tanto que es novedoso sus efectos se pueden dimensionar tiempo después cuando ya se ha llevado al terreno de la práctica médica y se ha sacado del laboratorio de experimentación (1974, p.157). Lo anterior favorece el miedo a la nueva era tecnológica, a las consecuencias de ese saber:

una serie de fenómenos, como el rechazo radical y bucólico de la medicina en favor de una reconciliación no técnica con la naturaleza, temas como el milenarismo y el temor a un apocalipsis de la especie, representan de manera difusa en la conciencia de las personas, el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a demostrar en cuanto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. (1974, p. 160)

Así, respecto a esto, otro problema que encuentra Foucault es que si se acepta la crisis de la medicina y se piensa en una alternativa, ésta está revestida del discurso de la práctica médica que pretenden cambiar. Es decir, se llaman “anti” pero realmente no están tan emancipadas y siguen respondiendo a elementos propios de la medicina científica. Por

ejemplo, el principal discurso de los primeros movimientos anti médicos fue apelar a la buena alimentación, a la higiene y a mejorar nuestro ritmo de vida, como forma de mantenerse saludable (1974, p. 164). Sin embargo, esto mismo defendían varios médicos reconocidos de entonces.

Básicamente Foucault se pregunta cómo separarse realmente del discurso médico a la hora de buscar alternativas, es decir, si es que lo tenemos tan impregnado. Esto es, resulta contradictorio intentar buscar una salida a una crisis dentro del mismo terreno, porque cabe la posibilidad de encontrarse con lo mismo, y no con una respuesta que realmente se contraponga y solucione desde un lugar distinto, como si se estuviera segado por el contexto y la falta de perspectiva o distancia. Foucault También se pregunta si es posible corregir esta crisis de la medicina, y por la medida en que el modelo nuevo que surgiría, al querer contrarrestar a la medicina, podría aplicarse a otros contextos que nunca experimentaron parte de ese progreso tecnológico, es decir, se pregunta por su universalidad (1974, p. 156), en el sentido en que podría ser que el buscar alternativas a la medicina solo puede aplicarse a contextos que hayan atravesado todo ese proceso del desarrollo de una práctica médica, como si solo funcionara dentro de esa lógica.

Ahora bien, regresando al sentimiento de los médicos de sentirse perdidos, que menciona Jaspers, este sentir tiene que ver con que no pueden encontrar un arquetipo de médico en las épocas anteriores (1988, p. 59), en parte porque nunca la posición del médico se había rodeado de tanta eficacia y su tecnología nunca había sido tan concreta y estandarizada, formando una nueva idea de médico al mismo tiempo que una nueva idea de la práctica médica y sus técnicas. Sin embargo, “el médico ve los límites de su poder. No puede eliminar la muerte aún cuando hoy es capaz de prolongar la vida en una proporción jamás conocida [...]. A pesar de todos los éxitos, el médico palpa más lo que no puede que lo que le es posible” (1988, p. 23). Es decir, para Jaspers, el médico jamás tendrá una certidumbre total

de su hacer, por esto es necesario que no se limite a lo que le dicta su conocimiento científico y la tecnología médica, el médico “necesita hallar sus formas en las nuevas condiciones de la existencia masiva técnica” (1988, p. 21) y tendrá que destrabar eso que está estancando a la ciencia médica.

1.2 Mirada clínica/mirada del investigador

El médico se desconcierta al no saber cómo actuar una vez que se da cuenta de que algunos aspectos de su práctica escapan a los parámetros de la ciencia, se siente confundido para discernir entre lo que es racionalmente eficaz y lo nocivo. Este sentirse perdido es propio de su época, es decir, comparte con las demás personas el sentirse simplemente pieza de una maquinaria (Jaspers, 1988, p. 12). Nos dice Jaspers: “La técnica ha modificado radicalmente la existencia cotidiana del hombre en su entorno [...] Con ello se produjo el desgajamiento del hombre de todo suelo firme. Se convierte en habitante sin patria de la tierra [...] El espíritu se reduce a fáciles elementalidades y adiestramiento para funciones utilitarias” (1980, p. 134). Esto es, la era tecnológica, en el contexto de Jaspers, permite que las personas ya no se sientan amenazadas físicamente por la naturaleza, ya no es algo que las sobrepasa, sin embargo ahora su principal amenaza es el mundo que la misma humanidad ha creado (Jaspers, 1933, p. 176).

De esta manera, Jaspers sugiere que el lugar de la posible reubicación de la idea de médico tendrá que buscarse en el consultorio y no en los laboratorios, principalmente por la diferencia en la prioridad de sus objetivos que los caracteriza: el del médico clínico es la ayuda a los enfermos y el del investigador médico es el progreso de la ciencia (1988, p. 66).

Así, con estas diferencias, se forman dos miradas distintas: la del médico clínico y la del médico investigador. Ambos objetivos son válidos, sin embargo, insiste en que el segundo se tiene que adaptar al primero a la hora de curar una enfermedad. Es decir, el médico debería remitirse a los fundamentos científicos no como lo hace el investigador, cuya meta es la

ciencia, sino como la contraparte de éste: el médico clínico que es investigador, que también le interesa y se vale de la investigación científica, pero sólo en tanto que le ayuda a tratar la enfermedad de sus pacientes. Esto es, Jaspers cae en cuenta de que el médico clínico tiene algo ya de investigador en su consultorio, en el trato diario con los pacientes, a la hora de discernir según la información que tenga, cuál es el mejor tratamiento para su paciente (1988, p. 67). Lo cierto es que, para Jaspers, en la era tecnológica, el investigador tiene prioridad sobre el médico, “la clínica es subordinada a la investigación” (1988, p. 67).

Por otra parte, Foucault, en “Historia de la medicalización”, describe las características de la medicina en el siglo XVIII que encajan con la descripción de cómo se fue anteponiendo en la medicina la mirada del investigador de que habla Jaspers:

1. La medicina empieza a ser respaldada por el estado, que se encarga de legitimar y controlar el conocimiento que se produce. Foucault habla del “médico como administrador de la salud” (1974, p. 10)
2. Surge la medicina urbana que pone su atención en los factores que propician las enfermedades en una ciudad, es decir, en el ambiente, en ese sentido comienza a relacionarse con otras ciencias ya establecidas como la química. Así afirma: “la medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica” (1974, p. 18). Básicamente la medicina urbana en Francia contribuyó al origen de la medicina científica del siglo XIX.
3. La medicina de la fuerza laboral se interesa en la salud de la población, pero sólo en la medida en que le interesa como fuerza de trabajo. Nace el hospital y la medicina socializada desencadenando indignación en la población por el control médico de sus cuerpos, y así surgen los primeros movimientos anti médicos, que tiene que ver principalmente con objeciones religiosas a las intervenciones médicas, ya que para ellos lo

natural para el cuerpo es enfermarse y dejar ser a la enfermedad hasta sus últimas consecuencias. Defienden el cuerpo como algo inalterable (1974, p. 23).

Esta diferencia básica entre la medicina premoderna y la moderna, que se puede resumir en que lo que se busca en la imagen del cuerpo del paciente es ya no solo la vista general sino esa vista microscópica exhaustiva, también la hace Sontag:

La medicina premoderna describe la enfermedad tal como se la experimenta intuitivamente, como una relación entre el exterior y el interior: una sensación interior de algo que se debe discernir en la superficie del cuerpo, a simple vista (o apenas por debajo de la superficie, escuchando, palpando), y que se confirma cuando se abre el interior para observar (por cirugía, por autopsia). La medicina moderna -o sea, la medicina eficaz- se caracteriza por unas nociones mucho más complejas acerca de lo que se debe observar dentro del cuerpo: no ya los resultados de la enfermedad (órganos dañados) sino su causa (microorganismos), y por una tipología de la enfermedad mucho más intrincada. (1977, p. 64)

Surge así la metáfora militar, que es un tipo de visión médica que estaría del lado de la mirada del médico investigador de que habla Jaspers. Para la escritora esta metáfora inicia en 1880 cuando los médicos logran identificar a las bacterias como agentes patógenos. Se vuelve normal en el vocabulario médico decir que las bacterias “invadían” el cuerpo o “se infiltraban” como si se tratara de tanques de guerra (1977, p. 68).

Por metáfora, no quiere decir nada más y nada menos que el sentido clásico aristotélico de metáfora, “dar a una cosa el nombre de otra”. Comprendiendo así que las metáforas son el caldo de cultivo de la mayor parte del entendimiento: “no es posible pensar sin metáforas” (1977, p.50). En otras palabras, no está criticando que se recurra a las metáforas en medicina, sin embargo, dice que su estar en contra de la metáfora militar tiene más que ver con estar en contra de las implicaciones de ésta, porque es una metáfora que más que aclarar, oscurece la situación del paciente (1977, p. 96). Así, Sontag señala: “puede decirse que el pensamiento médico moderno comienza cuando la grosera metáfora militar se vuelve específica [...], la medicina se volvió verdaderamente eficaz y las metáforas militares cobraron nueva credibilidad y precisión sólo cuando se consideró que el invasor no era la enfermedad sino el microorganismo que la produce”(1977, p.70). Agrega que a esta visión

contribuyó la patología celular de Virchow, que con ayuda del microscopio se da cuenta de que las enfermedades se deben a organismos específicos identificables visibles (1977, p. 72).

Básicamente la tecnología médica moderna favorece la distinción de miradas. Aquí también es importante señalar el momento en que el uso de instrumentos pasa a formar parte del laboratorio, donde se adaptan a otro tipo de práctica. Mientras que en el espacio clínico los instrumentos se usan para curar en contacto con el paciente, en el laboratorio se usan para investigar enfermedades de una forma más generalizada sin necesidad de tener un contacto directo con el paciente (Cházaro, 2011, p. 3). Es así que Cházaro, por su parte, describe ese cambio de miradas de la siguiente manera:

La propia medicina de entonces, que adoptó el método anatómico-clínico, encuestaba los cuerpos por los signos físicos impresos en el cuerpo apoyado en lo que permiten ver los sentidos del médico quien debía aprender a reconocer con el tacto, el gusto y el olfato. Se adoptó el estetoscopio con la esperanza de aguzar la capacidad del médico a sentir en la exploración y auscultación, para adivinar mejor lo padecido y no necesariamente para medir o cuantificar. En el esquema clínico [...] aun cuando los instrumentos pudieran superar los entrenados sentidos quedaba por verse ¿Cómo se enseñaría al médico a usar estos artefactos? Él pronto percibió que el uso del estetoscopio implicaba conocimientos tácitos, es decir, el médico debía adoptar otros "hábitos", integrar nuevas prácticas y generar otros espacios para sus observaciones. (2011, p.2)

El uso de instrumentos para mejorar la visión del médico, desde la perspectiva de Cházaro, implicó que los médicos cambiaran su técnica de revisión al estar con un paciente, aunque sin cambiarla drásticamente, ya que al final los médicos siguieron usando sus sentidos (2011, p.3), pero es así que la educación de los médicos también cambió.

Ahora bien, para Jaspers es precisamente también la educación de los médicos la principal responsable de esta distinción (clínica/investigación), que tiene la tendencia a la especialización y al adiestramiento (1988, p. 12). Se lleva a cabo en los hospitales por sus posibilidades técnicas, es decir, por contar con las herramientas y dispositivos necesarios. Así, se vuelven los centros educativos por excelencia de la medicina, es ahí donde se transmiten los principales conocimientos estandarizados a los médicos practicantes. Sin embargo, para Jaspers por más que el hospital sea una estructura en donde una técnica se puede replicar de manera similar en todo el mundo, no siempre se ejecutará en la misma

situación, es decir, no tiene sentido que este saber ejecutar la técnica de manera impecable sea el centro de la educación de los médicos(1988, p. 65).

Lo primordial a la hora de pensar en la formación de los médicos en esta nueva era técnica a la que se refiere Jaspers, es el médico en su trato diario con los pacientes. Es así que propone que el conocimiento científico es realmente útil para él cuando se basa primero en la experiencia del consultorio (Jaspers, 1988, p. 67). Pero esto no borra el hecho, como ya mencioné más arriba, de que el médico en el consultorio en esencia también es investigador, porque en cierta medida la actividad médica está revestida del querer investigar⁷. Por ejemplo, en el momento de estar analizando la evolución de la enfermedad de un paciente determinado, el médico tiene que decidir según su juicio, a qué rama de la medicina pertenece su caso en general y luego, poder discernir a la hora de interpretar los datos obtenidos entre el abanico de posibles factores, qué es lo más relevante para desarrollar el tratamiento de la mejor manera (Jaspers, 1988, p. 88). Este saber juzgar y discernir es propio del médico que posee una mirada clínica: sabe reconocer la singularidad de su paciente, es

⁷ Jaspers ilustra a lo largo del subcapítulo “El médico en la era técnica” qué es investigar para él. En la página 86 se concentra lo que Jaspers está entendiendo por la metodología del investigar, relacionándolo con lo objetivo, idea que precisamente surge en la modernidad. En resumen, se trata de tener un objeto, analizarlo y resolver el problema que representa. Es tan metódico y por lo tanto acertado, pero al mismo tiempo cerrado, que por eso considera que se deben limitar sus alcances, es decir, limitar el hecho de que el médico se quiera guiar solo por eso a la hora de tratar una enfermedad. Ahora bien, lo que es investigar para Jaspers se define principalmente en el siguiente pasaje: “Sin embargo, en el consultorio mismo, el médico es también investigador, si bien en un sentido más amplio y esto es así, porque dado que el conocimiento médico tiene su fundamento y su confirmación en la experiencia clínica, el conocimiento científico sólo alcanza su importancia médica relacionado con ella, al reconocer la realidad del acontecer de la enfermedad de cada paciente individual, el médico realiza una actividad de investigación. Necesita del discernimiento científico no solo para subordinar su caso correctamente bajo lo general sino también para reconocer en la interpretación de la interminable concatenación de fenómenos, circunstancias, factores y posibilidades, lo esencial para un tratamiento. Este discernimiento presupone que el médico tenga ojo clínico, franqueza hacia el enfermo individual en base a las experiencias concretas obtenidas por sí mismo y disposición para comprender lo que es nuevo para él, es necesaria la observación del cuerpo, de los movimientos, de la conducta y tener en mente el medio que rodea al enfermo. Tal actitud investigadora del médico excluye las acciones diagnósticas y terapéuticas insensatas desde el punto de vista médico, aunque tal vez sean del interés científico” (1988, p. 57)

Esto es, primero define lo que el médico moderno está entendiendo por investigar y luego lo que es investigar en el sentido más amplio, esta parte más amplia es la que Jaspers dirá que también está contenida en el médico clínico, es la idea de investigar que hay que rescatar, para que los médicos puedan aprovechar de la mejor manera la práctica de investigación, tanto en el laboratorio como en el consultorio. Asimismo, el aumentar el conocimiento es la característica más valiosa que Jaspers encuentra en el acto de investigar, esto es, reconoce que el mismo progreso de la tecnología de la medicina moderna no podría ser posible sin una investigación detrás que la respalde. (1988, p.57)

decir, es capaz de verlo más allá de estadísticas. A su vez, está dispuesto a comprender lo que es nuevo para él, es decir, aquellas circunstancias que se le presenten y no encajen en su experiencia médica hasta el momento. Además, sabe excluir aquellas “acciones diagnósticas y terapéuticas” (Jaspers, 1988, p. 67) insensatas, que quizás tengan relevancia científica pero no así relevancia médica a la hora de curar y elegir lo mejor para el paciente.

Ahora bien, este médico más en contacto con los enfermos, en un sentido rústico, es decir más allá de todos los aparatos tecnológicos, puede actuar mejor con los medios con los que disponga. Él sabe descifrar los posibles contratiempos de su profesión, sin importar si llega a estar fuera de un hospital, porque le interesa analizar el medio del paciente. Los datos de éste no los diluye en una mera suma de resultados de laboratorio, sino que es capaz de aprovechar eso en su práctica, además entiende cuales son los límites en los que juegan esos datos de laboratorio y les otorga su debida relevancia, pero sabe cómo actuar una vez fuera de la lógica de esos límites, no deja que los números sean la guía de su proceder médico (Jaspers, 1988, p. 19): “conoce las imponentes medidas terapéuticas modernas, pero sabe diferenciarlas dentro del rango de su eficacia”(Jaspers, 1988, p. 19). Estas también son esencialmente las características de un médico que basa su práctica en la postura hipocrática.

Jaspers dice que lo que se testimonia en el juramento hipocrático debería estar siempre vigente (1988, p. 20), tan sólo adaptándose según las necesidades de cada época, pero si el médico quiere encontrarse definitivamente tiene que re-incorporar estos valores a su práctica. Los valores del médico hipocrático y su método son principalmente interrogar al paciente, dar seguimiento al desarrollo de la enfermedad observando y describiendo su evolución, se interesa incluso por los factores ambientales del paciente. Asimismo, instruye al enfermo sobre su enfermedad y lo persuade mediante el diálogo (1988, p. 61) es decir, su método consiste en que al analizar la situación de cada paciente y sus antecedentes, el médico crea un vínculo con él. Así, la ética hipocrática consiste en no basar su práctica en teorías

falsas, entendiendo por teorías falsas a aquellas teorías y métodos que no encajen en lo que se considera ciencia, pero también consiste en generar las propias mediante la observación y la inducción para no caer en errores desastrosos ni en un dogmatismo (1988, p.105). Es en ese sentido que la postura hipocrática tiene que ver con preocuparse por la particularidad del caso de cada paciente y su enfermedad para no proceder de forma mecánica. Así, la mirada clínica remite un poco a los valores de la postura hipocrática que Jaspers exhorta a retomar a los médicos.

Jaspers nota que a pesar de que ha quedado un hálito de Hipócrates en la práctica médica y se le considera relevante, en la modernidad pocos son los médicos que se guían por sus enseñanzas. Ahora bien, un ejemplo de la práctica de estos valores se puede encontrar en el siglo XVI. Martha Ann Maus lo expone en “Theaters of Anatomy: Diseased Bodies and History Writing in the Hispanic Transatlantic World” de la siguiente manera:

Los registros del tratamiento médico que hacían los cirujanos conservaban los detalles de los pacientes y de su condición. Para apoyar sus técnicas, los cirujanos exponían anécdotas personales de su propia experiencia y los relacionaban con textos médicos teóricos. Esta fue una práctica común utilizada para resolver cuestionamientos que surgían de las discrepancias entre su propio trabajo médico y el entramado de conocimiento teórico existente. (2011, p.17)

Según la perspectiva de una medicina más acorde a estos valores, se puede diagnosticar una enfermedad desde la experiencia, conectando síntomas desconocidos con información avalada por la medicina mediante el principio de semejanza (2011, p.17). Al incluir tantas fuentes creíbles como fuera posible, el investigador podía tener una etapa de conocimiento más completa, pero esto implicaba estar más en contacto con los pacientes, es decir en el consultorio.

En resumen, para Jaspers, el progreso tecnológico proviene de la investigación que, desde las ciencias formales hasta la biología, se ha hecho en las ciencias naturales. Es así que los pasos más significativos y más fértiles se han logrado fuera del consultorio del médico. Sin embargo, éste siguió siendo el único lugar donde se elaboró el modo de pensamiento científico del médico: su arte de observación, su traducción creativa del conocimiento

físico-químico y biológico en un diagnóstico (Gens, 2006, p. 4) y una terapia. De esta manera, para Jaspers, el saber lidiar con la era técnica no es aprender impecablemente cómo funciona la tecnología sino el ser consciente de que tan solo es una parte, de muchas otras, de aquello que comprende la práctica médica.

Ahora bien, Jaspers nota que la tecnología desarrollada en el consultorio médico tiene tanta relevancia como el conocimiento que se gesta en los laboratorios, solo que pasa desapercibida en comparación con la apabullante eficacia inmediata de las tecnologías modernas (Jaspers, 1988, p. 96). De esta manera, hacer hincapié en que el valor de la práctica médica en la modernidad consiste en su capacidad técnica, conlleva a la distorsión de la idea de lo que es un médico (Jaspers, 1988, p. 97). Jaspers afirma que esta fijación tecnológica que mantiene el médico en la era moderna se incrementa por las limitantes de la investigación científica, que tienen que ver con enfocarse más en la exactitud de los resultados que en el experimentar. La experimentación involucraría otras ciencias como la biología, morfología etc. No obstante, se encasilla en la física y la química, a pesar de que el conocimiento biológico y médico no se agotan allí (1988, p. 68).

De esta manera, para Jaspers, el médico estará completo cuando desarrolle su habilidad de crítica y análisis, para poder tomar conciencia de que el pensamiento no se detiene donde el conocimiento científico se detiene (1988, p. 79). Ir más allá de lo objetivable. En otras palabras, guiarse por su razón para fortalecer su pensamiento crítico. Así, según Jaspers, el médico tiene que instar al investigador (el que se encuentra en el laboratorio y en el consultorio) a tomar conciencia de sus límites, atreviéndose a cuestionar las supuestas evidencias. Solo así el quehacer médico podrá sortear los peligros de la era tecnológica de Jaspers (1988, p. 86). Aquí se ve la necesidad de Jaspers de encontrar una salida a la crisis médica que coincida con lo que él cree que inevitablemente tiene que ser la guía de la práctica médica, la ciencia y cierto procedimiento que no puede venir de otra parte

que no sea la institución médica, en su horizonte solo está esa posibilidad, ciertamente respondiendo a su época. Sin embargo, es posible empezar a ver las limitaciones de la búsqueda de Jaspers al tratar de encajar la identidad del médico en algo igualmente limitado.

Capítulo 2: Relación médico-paciente

2.1. Enfermedad

En este segundo capítulo abordaré el desarrollo de la práctica médica en la era tecnológica desde la relación médico-paciente, en específico la enfermedad desde su concepción moderna hasta la experiencia del cuerpo enfermo. Asimismo, voy a explorar el problema que conlleva la falta de accesibilidad de los pacientes al conocimiento de las tecnologías médicas. Para delinear esto, voy a valerme de tres experiencias personales sobre el estar enfermo que reflexionan sobre el cómo poder entender su enfermedad y ser más cercanos a ella, sobre todo cuando los procedimientos tecnológicos involucrados tanto en el diagnóstico, como en la curación, les parecen tan lejanos.

La enfermedad, según una perspectiva moderna, se entiende como parte de un proceso natural, aunque indeseable, del cuerpo humano (Jaspers, 1988, p. 27). Asimismo, viene acompañada de la certeza de que existe alguien que puede restablecer la salud del cuerpo (Jaspers, 1988, p. 43). En ese sentido, para Jaspers, paciente y médico razonables y conocimiento científico en conjunto son fundamentales para afrontar la enfermedad y curarla o desarrollarla, según sea el caso, de la mejor manera posible. Para lograr esta meta en común, Jaspers apela a la racionalidad tanto del paciente como del médico (1988, p. 43), definiendo la relación médico-paciente como “la relación de dos seres razonables que de común acuerdo tratan un proceso natural físico” (1988, p. 29). Sin embargo, dichos pacientes y médicos escasean (1988, p. 29), debido a que el médico en la modernidad no ayuda al paciente a reconocer su enfermedad y entenderla, a su vez el paciente se ve “liberado” de su enfermedad, en el sentido en que se desentiende de ese proceso (1988, p. 31). Así, el paciente

no racional, según Jaspers, se suele curar de su enfermedad sin ningún reparo en ella, poniendo toda la responsabilidad en manos del médico sin querer saber más.

En un escenario ideal para Jaspers, el médico racional será el que se aboque a convencer al paciente no con simple diagnóstico y prescribiendo, sino argumentando el porqué de éste, entendiendo que debe tratar con el paciente y no sólo con su enfermedad. Asimismo, el paciente racional no confía ciegamente, quiere informarse y entender lo que tiene (1988, p. 31). Sin embargo, el paciente pierde su derecho a una comunicación franca con el médico, cuando al enterarse de cada detalle de su enfermedad se ve sobrepasado por toda esa información, porque a pesar de que Jaspers cree que la opinión del paciente es fundamental en la consulta médica, esta tiene que ser forzosamente racional, insiste, de lo contrario puede acarrear exigencias imposibles para el médico (1988, p. 13), desembocando en tratamientos inadecuados. Concluyendo que de nada sirve un médico sensato si el paciente no lo es.

Al respecto, Susan Sontag, al igual que Jaspers, apela a un paciente informado: “Haz que los médicos te digan la verdad, sé un paciente informado, activo, consigue un buen tratamiento porque lo hay (en medio de una ineptitud muy difundida)” (1977, p. 54). Sin embargo, a diferencia de Jaspers, que analiza la problemática de la práctica médica moderna enfocándose en cómo afecta a los médicos y le interesan los pacientes en la medida en que también son parte del problema, pero tomando en cuenta que es mínimo lo que pueden contribuir, a Sontag le interesa explorar la perspectiva del paciente⁸ —ella misma como ex paciente de cáncer. Desde su experiencia, logra identificar que la parte desmoralizante de la enfermedad tiene que ver con los mitos que se forman a su alrededor. Es a lo largo de su texto

⁸ No obstante, en “Historia de la enfermedad” Jaspers habla de su experiencia con la enfermedad, los sentires contradictorios que se atraviesan al asimilarla: “Puedo negar el ser enfermo, oponerme a ello como algo totalmente extraño [...] O puedo identificar la enfermedad conmigo mismo. El ser enfermo queda transformado en este segundo caso en un elemento constitutivo de mi esencia [...] Ambas posturas son, en su rigidez, falsas. Pero inevitablemente se tocan alguna vez esos extremos en la lucha por la aceptación de la enfermedad. Esta aceptación es, en definitiva, una tarea insoluble. No es posible en estado puro. Siempre hay algo que no casa. La finitud del hombre, su radical dependencia, se le hace al enfermo no sólo más consciente que al sano, sino también cualitativamente distinta. No puede abandonarse ni un sólo día a su simple existencia”

La enfermedad y sus metáforas que la autora delinea la idea de que el enfermo se ve apesadumbrado por su condición de enfermo en mayor parte por el hecho de que se le suelen ocultar datos que desembocan en un desentendimiento de su padecer (1977, p. 9). Para Sontag, el paciente: “significa aquel que padece, y etimológicamente viene de sufrimiento. No es el sufrimiento en sí lo que en el fondo más se teme, sino el sufrimiento que degrada” (1977, p. 66).

Retomando su crítica a la metáfora militar que expuse en el capítulo anterior, los ejemplos más tajantes de las repercusiones de dicha metáfora los encontramos en las enfermedades que son estigmatizantes por el nivel de riesgo que se les suele atribuir para las personas, por sus “orígenes oscuros y tratamiento ineficaz” (1977, p. 33). Sontag se está refiriendo al cáncer y al SIDA, enfermedades donde se vuelve crucial ocultar tanta información como sea posible al paciente para no mermar su ánimo. Ahora bien, fuera del consultorio hay una especie de acuerdo tácito entre las personas para no hablar de ello, contribuyendo al rechazo del enfermo, incluso al potencial enfermo, como en el caso de las personas homosexuales y su relación con el VIH, sobre todo a finales de la década de los ochenta cuando recién se descubrió el virus. Sontag relata que las personas infectadas de VIH tenían que ocultar su diagnóstico en su trabajo para no perderlo y a su familia para evitar el abandono. Entre otras cosas, surge el temor por la revelación del diagnóstico, tanto para los infectados como para las demás personas (1977, p. 63). Al mismo tiempo, existe una presión por adelantarse al diagnóstico y señalar lo más pronto como enfermas a las personas (Sontag, 1977, p. 64), en una era médica donde es posible hacerlo. En epidemias anteriores al SIDA, solo se cuantificaba el número de contagiados, después, según Sontag, es posible estimar aquellos posibles enfermos:

Con los test biomédicos más modernos es posible crear una nueva clase de parias vitalicios, los enfermos del futuro. Pero el resultado de extender radicalmente el concepto de enfermedad, gracias al triunfo de la auscultación médica moderna, también tiene visos de vuelta al pasado, a antes de la época del triunfalismo médico, cuando las enfermedades eran innumerables, misteriosas, y la progresión de una enfermedad grave a la muerte era cosa

normal (no como ahora, que se la considera como un lapsus o falla de la medicina que hay que corregir). (1977, p. 64)

Así, desmitificar la enfermedad también requiere desprenderse de la culpa que genera, ya que los discursos que culpan al paciente o al potencial paciente de su enfermedad, solo abonan (Sontag, 1977, p. 27) al desconocimiento sobre la misma y los tratamientos posibles, que al mismo tiempo pueden llevar a una persona a no querer tratarse de ninguna manera o a optar por alternativas que no son del todo eficaces para la curación de su padecer. A lo largo de la vida deambulamos entre el reino de los enfermos y los sanos, una doble ciudadanía diría Sontag, que, aunque queramos quedarnos en la última, tenemos que migrar en algún momento a la otra (1977, p. 7). La autora propone como ideal que el enfermo pueda conocer su enfermedad con tanta claridad como sea posible, para finalmente reconocerla como suya.

Por otra parte, para Sontag, la enfermedad también implica lidiar con tiempos de espera (1977, p. 75). Mientras en la medicina premoderna el diagnóstico era inmediato, tan rápido como el médico descifra lo que le revelaban sus sentidos, el análisis minucioso de la medicina moderna implica espera. Lleva tiempo procesar los datos, y esto puede representar angustia para el paciente que puede terminar decidiendo no someterse a esta serie de pruebas. Así, la tecnología médica genera inquietud en el paciente en dos sentidos. El primero, que menciona Jaspers: ser procesados en un mundo de instrumentos que nos son ajenos, sin comprender el sentido de los procedimientos a los que nos someten (1988, p. 66). El segundo, los tiempos de espera que menciona Sontag. En otras palabras, la incertidumbre del paciente mientras es diagnosticado.

Ahora bien, Audre Lorde en el texto *A Burst Of Light: Living With Cancer* también analiza su enfermedad desde la perspectiva del tiempo, pero ella más bien piensa en el poco tiempo que tenemos como pacientes para asimilar los resultados de los análisis una vez que se obtienen y para actuar de acuerdo a lo que revelan dichos resultados (1999, p. 149). El paciente comienza a lidiar con el proceso de curación cuando recién trata de entender su

diagnóstico, dificultando la reflexión sobre el mismo. Sin embargo, la autora sugiere encararla, empezando por involucrarse en los procesos, para ayudarse a comprender lo que dicen los médicos: “Primero necesito cuestionarme y ver qué está ocurriendo dentro de mí [...] necesito algo de tiempo para absorber el impacto, tiempo para analizar la situación y no actuar por pánico. [...] No los dejaré cortar nuevamente mi cuerpo, hasta que esté convencida de que no hay otra alternativa” (1999, p. 149-151). Para Audre Lorde, igualmente que para Sontag, la claridad es fundamental para la aceptación de la enfermedad como propia, el dejar de refugiarse en la negación para llegar a tener una mejor relación con la enfermedad.

Por otro lado, Jean Luc Nancy en su texto *El intruso*, expone cómo los procesos implicados en su trasplante de corazón lo llevaron a entender su existencia como contingente, en el sentido en que depende de las posibilidades tecnológicas que existen para salvarlo o no; por ejemplo, si hubiera nacido antes de que se descubriera la ciclosporina, sustancia que reduce las posibilidades de que un trasplante sea rechazado, probablemente no hubiera sobrevivido, sin embargo, está sobreviviendo gracias a su trasplante y a las técnicas que lo hacen posible (2006, p. 15). Su existencia es en tanto que las técnicas le permitieron prolongar su vida.

En otras palabras, Nancy se permite explorar el hecho de que su existencia se defina de alguna manera por las tecnologías intrusas, a diferencia de Jaspers, que aunque no está negando esos avances tecnológicos, como lo mencioné en el primer capítulo, en el sentido en que acepta que la manera en que se empezó a tomar en serio la práctica médica fue gracias a los avances tecnológicos y a que su práctica se volvió más exacta a raíz de eso, con lo que no está de acuerdo Jaspers es con siquiera insinuar que el paciente puede ser esa tecnología intrusa. Él ya sabe que no, porque reconocerlo sería aceptar eso que quiere contrarrestar: que tanto médico como paciente son tan sólo “piezas de una maquinaria”(1988, p. 12). El paciente, para Jaspers, tendrá que encontrarse en su enfermedad pero no de esa manera.

Ahora bien, Nancy experimenta un doble extrañamiento de su cuerpo: primero cuando se entera de que su corazón está enfermo y necesita ser trasplantado y segundo cuando el trasplante ocurre, con los estragos que conlleva (2006, p. 16). Refiriéndose a la enfermedad en términos bélicos, a aquello que nos invade para poder prolongar nuestra vida, Nancy identifica el temor hacia la enfermedad con el temor que nos provoca el enemigo disfrazado de intruso, de extranjero. Advierte que hasta la morfina que es el supresor del dolor por excelencia, provoca efectos colaterales con los que el enfermo tiene que lidiar (2006, p.38). Toda noticia de su enfermedad, todo tratamiento, hasta su nuevo corazón, le viene desde afuera: la apertura de su tórax, los médicos accediendo a su cuerpo, las pinzas, el bisturí y las suturas son un intruso en su cuerpo (2006, p. 26). Aunque al final, modifican su cuerpo y van formando parte de él.

Lo extranjero es otra metáfora habitual de la enfermedad que reconoce Sontag: la enfermedad es aquello que no somos nosotros. Se cree que “la enfermedad siempre viene de otra parte” (1977, p. 71), por una necesidad de no querer reconocernos con aquello desconocido⁹, porque lo asociamos con lo malo (básicamente por esa misma connotación críptica). Las células cancerosas, por ejemplo, son reconocidas por los inmunólogos como “no propias” del cuerpo, se multiplican en nosotros hasta que somos reemplazados por un “no-yo (Sontag, 1977, p.37).

Al pensar en cáncer, una metáfora militar recurrente es el decir que algo se extiende como un cáncer, dando a entender que el cáncer es espacial, que va invadiendo tu cuerpo donde el punto máximo de invasión es la amputación de aquella parte que invade (Sontag, 1977, p. 12). Esto puede relacionarse con lo que reconoce Nancy:

Estoy abierto cerrado. Hay allí una abertura por la cual pasa un flujo incesante de ajenidad: los inmunodepresores, los otros medicamentos destinados a combatir algunos de los llamados efectos secundarios, los efectos que no se sabe cómo combatir (como la

⁹ Sontag encuentra ejemplos muy concisos de esta necesidad de la enfermedad como extranjero a lo largo de la historia: para los ingleses el “morbo gálico”, para los parisinos el *morbus germanicus*, para los japoneses el mal chino, para los florentinos la enfermedad napolitana.

degradación de los riñones), los controles renovados, toda la existencia colocada en un nuevo registro, barrida de lado a lado. La vida explorada y trasladada a múltiples registros en los que cada uno inscribe otras posibilidades de muerte. De este modo, yo mismo me convierto en mi intruso, de todas esas maneras acumuladas y opuestas. (2006, p.36)

Pensando en lo que dice tanto Nancy como Sontag, se puede ver que hay una necesidad de negar que la enfermedad nace en nosotros, como si el cuerpo no pudiera relacionarse con algo negativo como la enfermedad, y que esta solo pudiera interpretarse como algo que nos ataca, algo que quiere atacar y acabar con la pureza del cuerpo, como si en el cuerpo no cupiera la enfermedad como parte intrínseca de este. Pareciera también que la enfermedad de pronto solo puede traducirse a registros, datos y números ilegibles. Convirtiendo al enfermo en ajeno para sí mismo. Haciendo alusión a la metáfora militar: al curarse se libra una batalla, pero no tendría que ser así. Sontag deja claro que no usar las metáforas militares no basta para eliminarlas, hay que criticarlas constantemente junto a sus efectos (Sontag, 1977, p. 93). Así, acabar con las metáforas militares quizás no elimine totalmente la hostilidad en el proceso, pero se puede evitar que todo se dé por hecho, incluso el agobio de no reconocer ninguno de los procedimientos. No se puede eliminar del todo el dolor que implica curarse de ciertas enfermedades como el cáncer, pero quizás se pueden atravesar sin experimentar una desconocimiento de sí mismo y de lo que pasa, en tanto que esto sugiere que la relación con su enfermedad mejoraría para el paciente, cambiaría la perspectiva en que la asimilan y conviven con ella, según lo que plantean estos autores.

Nancy termina aceptando que él es eso mismo que lo contradice y hace dudar de su existencia: “Soy la enfermedad y la medicina, soy la célula cancerosa y el órgano trasplantado, soy los agentes inmunodepresores y sus paliativos, soy los ganchos de hilo de acero que me sostienen el esternón y soy ese sitio de inyección cosido permanentemente bajo la clavícula, así como ya era, por otra parte, esos clavos en la cadera y esa placa en la ingle” (2006, p.43). Es decir, es aquella tecnología que lo cura y su enfermedad misma, en tanto que

él se interrelaciona con todo eso. Tendrá que aprender a reconocerse en el intruso, que termina no siendo un intruso del todo.

Nancy solo está tratando de tener un poco más de certidumbre para el paciente en su proceso de enfermedad, pero resuelve de alguna manera el problema que le interesa a Jaspers, que el paciente sea reducido a simples números y procesos en el laboratorio, aunque no sea como lo estaba pensando Jaspers, ya que para Jaspers el paciente es más su enfermedad que las técnicas que lo curan, en el sentido en que no puede dejar de ser bastante consciente de ella. Sin embargo, el reconocer como parte de su curación a las tecnologías médicas, que serían los intrusos, en lugar de traducirse en abrumación, dota al paciente de cierta agencia, en el sentido en que dichas tecnologías ya no son algo del todo ajeno para él, al menos por cercanía, aunque de hecho el intruso no deje de ser un intruso. Desprenderse de la metáfora belica no implica abandonar realmente la idea de intruso pero aunque muchas cosas respecto a mi enfermedad vengan desde fuera, como el proceso de curación y los instrumentos, al final se adoptan en tanto que se van comprendiendo. Les doy la bienvenida. Mi enfermedad es parte de mí, se vuelve familiar, común.

Estas tres perspectivas desarrolladas a lo largo del subcapítulo coinciden en la necesidad de los autores de encontrarse cercanos a su enfermedad de la forma menos conflictiva posible, resolviendo que el camino es el acceso al conocimiento que puedan tener acerca de ella, incluyendo los procesos y la tecnología involucrados. Aunque esta asimilación y conocimiento no se detiene ahí, este conocimiento puede ir más allá de conocer a mi cuerpo a través del diagnóstico, en tanto que puedo identificar lo que estoy sintiendo, mis procesos, cómo me siento anímicamente, qué impacto está teniendo en mi vida, un poco pensando en esa pausa que pide Lorde para asimilar su enfermedad, y no solo en términos de asimilar su diagnóstico, sino también para asimilar qué está pasando en general a raíz de eso. En ese

sentido podía ser un saber del cuerpo, o un camino a él. Mi cuerpo es este sentir, más que simplemente es este diagnóstico.

Ante este panorama, la conclusión de Sontag en su texto *La enfermedad y sus metáforas* parece pertinente: “la enfermedad más preñada de significado puede convertirse en nada más que una enfermedad [...] buena parte de la experiencia individual y de las medidas sociales dependen de la lucha por la apropiación retórica de la enfermedad: cómo poseerla, asimilada en la discusión y el estereotipo” (1977, p.93). Hay que indagar esas maneras de apropiarse de ella.

2.2 Las técnicas de visualización en la tecnología médica

Para Jaspers es innegable que la división entre sujeto y objeto está presente todo el tiempo en las personas, es decir, no nos es posible conocer al mundo sin objetivación. Así, en la medicina moderna, el médico piensa en la curación básicamente en términos de intervenir aquello que se le presenta como objeto: “El médico sólo puede obrar con fundamento en tanto se haya logrado la objetivación. Únicamente trae el progreso poner la mira constantemente en tal objetivación” (1988, p. 38). Ahora bien, el problema que encuentra Jaspers es que resulta imposible objetivar al sujeto como un todo (1988, p. 37), no obstante, el médico al querer demostrar la eficacia de la cura de cierta enfermedad con tan solo algunos casos como prueba, puede llegar a caer fácilmente en la falacia *post hoc ergo propter hoc* (1988, p. 46), es decir, pretende abarcar la totalidad, pero una persona no puede ver la totalidad si está inmerso en ella. Los médicos no pueden conocer todas las posibilidades de una enfermedad mediante la observación de un paciente, no pueden abrazar todas las perspectivas y variantes de ese objeto que es la enfermedad. Su visión se ve limitada en tanto que no están observando desde fuera, es así, que el médico debe de ser consciente de eso para no creer que puede conocer por completo al objeto y que su trabajo es un trabajo acabado (Jaspers, 1933, p. 28). En otras palabras, Jaspers cree que es necesario iniciar una

investigación partiendo del hecho de que el mundo es cognoscible, de lo contrario, la investigación no llegaría a ningún lugar, nos quedaríamos en la incertidumbre total. Sin embargo, puntualiza que hacer esto puede implicar a su vez dos supuestos distintos :

1. Querer conocer los objetos existentes en el mundo
2. Conocer el mundo en su totalidad “como un único mundo cerrado”

Este último supuesto es falso, en tanto que no toma en cuenta la conciencia de los límites propios del médico, malogrando la investigación y la práctica médica:

no hay para nosotros mundo en el sentido de que se le pueda experimentar y pensar sin contradicciones. Estos límites se manifiestan claramente cuando en la realidad de la investigación vemos fracasar el falso supuesto de la cognoscibilidad del mundo en conjunto. Darse cuenta de este error no es muy fácil, porque está instalado en la ciencia moderna como pretendida filosofía y realizado desde Descartes. Así pues, la gran labor urgente del día es concebir en su pureza el sentido y los límites de la ciencia moderna. (Jaspers, 1933, p. 129)

De esta manera, en la práctica médica, cualquiera que sea el tratamiento elegido por el médico, puede variar según cada paciente, porque aunque el mismo tipo de enfermedad se comparta entre las personas, cada paciente es único (Jaspers, 1988, p. 67). Ahí radica la importancia de ser consciente de que no se puede abarcar la totalidad. Al mismo tiempo, hay veces que un descubrimiento que es aceptado en cierta época es desechado tiempo después pues no era del todo eficiente. Jaspers menciona como ejemplo un libro sobre electroterapia que leyó cuando era estudiante de medicina, donde se dan datos bastante precisos para reconocer ciertas enfermedades; sin embargo, tiempo después se refutaron varios de esos datos, y de lo que era una guía fidedigna de enfermedades, quedó casi nada (1988, p. 47). Al respecto comenta que:

El análisis no alcanza al todo, no tiene a la vista un sistema cerrado, toda terapia no deja de ser en el fondo sino un intento fundado en el conocimiento vigente hasta ese momento. Toda intervención parte de la observación practicada en el nuevo caso individual y de la experiencia científica recogida hasta ese momento. Aun cuando a menudo los resultados pueden esperarse casi con seguridad, la terapia médica puede predecir con la máxima probabilidad tantos efectos, precisamente en base a las objetivaciones científicas. Toda terapia requiere, sin embargo, observar lo que sucede y dado el caso cambiar el método. Se dice: el enfermo no es solo el caso de una generalidad, sino un individuo. (1988, p. 38)

Este escudriñar la enfermedad en un intento de conocerla lo más objetivamente posible para elegir el tratamiento más eficaz, termina por exponer al paciente en forma de números y estadísticas. En palabras de Nancy, la ajenidad se vuelve común:

Se traduce en una exteriorización constante de mí: es preciso que me mida, que me controle, que me pruebe. Se nos acoraza con recomendaciones en relación con el mundo exterior (las muchedumbres, los negocios, las piscinas, los niños, los enfermos). Pero los enemigos más vivos están en el interior: los viejos virus agazapados desde siempre a la sombra de la inmunidad, los intrusos de siempre, puesto que siempre los hubo. (2006, p.34)

Aquellos “intrusos de siempre” que menciona Nancy no fueron siempre visibles a la mirada médica, pero el médico en la modernidad, que se basa en el análisis y la identificación de la causa de la enfermedad del paciente, se enfoca principalmente en aquello que no es visible a los ojos. Nancy reconoce que la mirada moderna ya no es la mirada panorámica que implica un acercamiento superficial con el paciente y su enfermedad, tratando de abarcar una imagen completa, la mirada se tiene que volver escrupulosa, aún más específica, porque ahora se enfoca en los factores invisibles de la enfermedad, es decir, la mirada se vuelve parcial.: El microscopio es el epítome de dicho escrutinio.

Son las tecnologías de visualización como la microscopía las que permiten indagar a nivel micro, ver lo que no podría ser visto de otra manera por el ser humano. En 1546 Girolamo Fracastoro postula que la enfermedad proviene de agentes minúsculos, no perceptibles, pero es hasta un siglo después, con la invención del microscopio, que finalmente es posible visualizarlas. Aun así, gran parte de los médicos de la época continúan aferrándose a la teoría de la generación espontánea, pero a partir de las investigaciones que pudieron realizar principalmente Louis Pasteur y Robert Koch (gracias al microscopio) la teoría de los gérmenes resulta indiscutible y termina por aceptarse en la comunidad médica a pesar de las reticencias (CAE, 2008, p.417): “El aumento óptico permitía ver lo que antes era invisible para el ojo desnudo. Se revelaba la heterogeneidad de lo que se había creído uniforme, se descubrían partículas anidadas en las partes más pequeñas. Las fronteras de lo indivisible

retrocedían y se abrían nuevos horizontes en el sentido de la resolución” (Mandressi, 2008, p.185).

Así, por ejemplo, la característica de que el cáncer es un tipo de actividad celular que no siempre se manifiesta externamente en forma de tumor o es tangible de alguna manera, se probó con ayuda del microscopio. Al respecto Sontag relata que la leucemia se reconoció como cáncer hasta mitad del siglo XIX. Asimismo, se logró distinguir el cáncer de la tuberculosis en 1882, al descubrirse que se trataba más bien de una infección bacteriana, fue así que empezó a moldearse la imagen moderna que se tiene del cáncer, incluidas sus desafortunadas metáforas (1977, p. 10). Así, Sontag también se percató de que “Los tuberculosos pueden observar sus radiografías y hasta quedarse con ellas [...] Los cancerosos no miran sus biopsias” (1977, p. 11)

La invención del microscopio en el siglo XVII implica una nueva manera de mirar la enfermedad, fomentando el continuo progreso de las técnicas de visualización por la necesidad del médico investigador de conocer a los intrusos invisibles de que habla Nancy.

Por otro lado, haciendo hincapié en lo que ya he mencionado, la diferencia de miradas entre los médicos, según Jaspers, básicamente depende de la aproximación que tengan con el paciente, esto es, mientras la medicina pre moderna se trata de “observar” mediante el tacto, lo que revelan los sentidos y el paciente mismo, el médico moderno, en cambio, se aboca conscientemente a lo contrario, evita el contacto físico en la medida de lo posible, como una manera de distinguir su práctica de aquellas menos académicas e inferiores que “se caracterizaban por su inmediata disposición a explorar e intervenir físicamente en los pacientes (parteras, barberos, astrólogos, hueseros)” (Pérez Tamayo, 2015, p. 79). Por lo tanto, el examen físico ya no es imprescindible para el diagnóstico y sus técnicas de observación pretenden ir más allá de lo tangible, basadas en el conocimiento científico, se

valen de técnicas como el examen de orina. De hecho, el uroscopio, frasco donde el paciente deposita su orina, fue el instrumento simbólico de los médicos a lo largo de varios siglos (Pérez Tamayo, 2015, p. 79):

La uroscopía era toda una ciencia, y los expertos podían identificar no sólo la enfermedad del sujeto sino también su localización en las extremidades inferiores, en el abdomen, en el tórax o en la cabeza del paciente. La uroscopía también servía para juzgar la respuesta al tratamiento y la evolución del paciente, y era un elemento más para evaluar su pronóstico. Incluso era posible (y no infrecuente) que los familiares del enfermo le llevaran su orina al médico para que la examinara y lo diagnosticara, en ausencia del paciente, cuando éste no podía acudir en persona a la consulta. (Pérez Tamayo, 2015, p. 79)

Ahora bien, un ejemplo de este querer distinguir las técnicas de visualización médica de las prácticas no científicas lo encuentro en ginecología. Laura Cházaro expone en el texto “Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México” cómo es que se les prohibió a las parteras el uso del instrumental ginecológico, a partir de que se asumió que éste tenía que ser exclusivo de los obstetras (2004, p. 33). De tal forma, se empeñaron en separar ambas técnicas, negando cualquier similitud. Por ejemplo, las parteras desde siempre habían practicado la técnica “arreglar al niño” que los obstetras calificaban de ineficaz; sin embargo, ellos practicaban algo similar que definían como “colocar al feto en la posición cefálica” (2004, p. 40), posición adecuada para un parto sin complicaciones, pero al tener una base científica la consideraban superior a la de las parteras. Así, legitimar su práctica implicaba rechazar cualquier otro tipo de saberes que no pasaran por la metodología científica.

Aquí se puede ver que este tipo de prácticas están fomentadas por aquello que plantea Jaspers sobre la negación del médico a aceptar la imposibilidad de aprehender el conocimiento como totalidad, teniendo como consecuencia, el limitar las perspectivas posibles alrededor del análisis de una enfermedad, que podrían contribuir a un mejor entendimiento de ésta. Tomando en cuenta el valor que tiene, para Jaspers, el investigar con el fin principal de aumentar el conocimiento (1988, p. 57) sobre cierta enfermedad, es decir sin ninguna pretensión, al menos aparente, de lograr un único camino válido a la hora de

curar, Jaspers quiere mostrar que una tecnología no es peor o mejor si se descarta o se modifica (como en el caso de la técnica de las parteras) sólo es parte de su ciclo. Con esto queda claro la necesidad de Jaspers de que los médicos entiendan que su principal limitante es querer que la práctica médica sea algo fijo, algo que seguir de forma indubitable, pero de nuevo, al intentar encontrar respuestas, Jaspers las sigue buscando dentro del esquema de la institución, pero lo que plantea es lo interesante de su argumento en el conflicto entre la relación médico, paciente, ciencia e institución. Es decir, el hecho de que mencione la relevancia de todo el espectro de un instrumento o técnica, todos sus cambios que van modificándose con la experiencia y con los nuevos descubrimientos, como si dijera de alguna manera que el conocimiento no es fijo, y tampoco lo es lo que se crea a partir de ahí. Regresando a su idea de que investigar es aumentar conocimiento, esto abarca todas las modificaciones que se pueden hacer con un nuevo descubrimiento, sin el temor de desechar otra idea, retroceder o cambiarla.

Capítulo 3: La extrema experimentación/apropiación de las colectivas de *biohacking* ginecológico

3.1 La tecnología ginecológica

En este tercer y último capítulo quiero aclarar lo que he ido trazando en los capítulos anteriores, eso que Jaspers se está cuestionando todo el tiempo: ¿cómo amortiguar el hecho de que la tecnología moderna, pese a sus beneficios, se encargue de convertir en “hombres-masa de tecnificada mentalidad” (1933, p. 62) a los médicos y, por consiguiente, a los pacientes? Como he mostrado, el filósofo alemán trata de conciliar dos miradas, de alguna manera contradictorias, la mirada del médico investigador y la mirada del médico clínico (aunque ese es su principal problema, querer reducirlo a dos miradas, cuando hay más, y es el fin de este capítulo, lo que mostraré con las gynepunk); la primera de las miradas de las que

habla se encuentra en el laboratorio, analizando al paciente de forma tan específica que se vuelve íntima pero, al mismo tiempo, impersonal. La segunda se encuentra en el consultorio, obtiene una imagen más general, sin considerar los detalles microscópicos que sirven para entender por completo el funcionamiento de una enfermedad. Sin embargo, esta última sí obtiene eso que busca Jaspers para perfeccionar la práctica médica: la cercanía en el trato con el paciente que permite reconocer su singularidad.¹⁰

Para poder combinar estas dos miradas, Jaspers pone como condición que los médicos puedan ser conscientes de los límites de su práctica, pero no con el fin de menoscabarla, sino en un sentido positivo, ya que al hacerlo, Jaspers cree que eso los alienta a tres cosas, la primera, a nunca dar por completa una investigación porque ésta puede cambiar según se acumulen otros datos y conocimiento, la segunda, el poder valerse de otras prácticas científicas para complementar a la suya y, por último, a reconocer la singularidad del paciente para entender que no sólo es un número más en una investigación. Sin embargo, no termina de resolver cómo detener los estragos tecnológicos y políticos de la práctica médica .

Siguiendo esto, en este último capítulo voy a desarrollar cómo es que las colectivas de biohacking ginecológico como las Gynepunk, resuelven eso que Jaspers deja a medias, al explorar una mirada más, o más bien miradas, que no ocurren dentro de la institución médica, a pesar de que se valen de algunas de sus tecnologías de visualización, además, sobreponiendo la crítica a la mirada del cuerpo femenino y las implicaciones históricas de ésta, al menos en el terreno de la ginecología. Para esto, me voy a centrar en el análisis del uso del espéculo, por ser la tecnología arquetípica de la ginecología, exponiendo tres momentos clave: su nacimiento y usos dentro del consultorio ginecológico, los cambios que ha experimentado según las críticas que se han hecho dentro de la institución médica y

¹⁰ En este trabajo no voy a elaborar el concepto de singularidad, pero cabe aclarar que lo estoy usando en términos positivos. Para Jaspers es importante reconocer que el paciente es único, ya que de esta manera el médico también puede reconocer al paciente como persona, y no como un número más de la masa, al momento de diagnosticar, entendiendo las variaciones que eso puede implicar en el tratamiento. A partir de esto, el mismo paciente también puede reconocerse en su enfermedad.

finalmente los cambios que ha experimentado según las críticas que ha recibido fuera de la institución por parte del movimiento Gynepunk.

La palabra espéculo se deriva del latín *specere* que quiere decir “mirar”, de ahí viene también la palabra espejo. En el artículo “La historia del espéculo: orígenes, usos y apropiaciones” Vero Elizondo se remite a la importancia de la etimología del espéculo para entender la relación médico-espejo-cuerpo (Elizondo, 2019). De esta manera, una vez que el espéculo ginecológico, de la mano del médico, se abre paso entre las paredes vaginales, lo que podemos mirar a través de él es el cérvix. Como ya he ido delineando en el capítulo anterior, obtener esa imagen significa para los médicos, entre otras cosas, que ese lugar puede ser conocido y por lo tanto intervenido. En otras palabras, la posibilidad de observar la cavidad vaginal¹¹, una vez que es iluminada/desocultada, es la base de la tecnología ginecológica. Tal como lo ilustra Luce Irigaray en *Espéculo de otra mujer*:

Volviendo a la mirada, él [el hombre] podrá explorar entonces todas las cavidades internas. Sirviéndose, sin embargo, para las más secretas de luz y espejo suplementarios. De soles y espejos apropiados [...] Lo que polariza la luz para la exploración de las cavidades internas es, de forma paradigmática, el espejo cóncavo. Será preciso que consiga concentrar los rayos, demasiado débiles, de la mirada, del sol, de la mirada soleada, para que llegue a aclararse el secreto de las cavernas. La técnica científica habrá recobrado las propiedades de condensación del <<espejo ardiente>> para traspasar el misterio del sexo de la mujer conforme a una nueva distribución desigual de los poderes del método experimental y de la <<naturaleza>>. (2007, p. 131)

No obstante, a pesar de lo que representa el espéculo ginecológico, es decir, el hecho de por fin develar un órgano considerado durante tanto tiempo oculto, los médicos tardaron en incorporarlo a su práctica, en gran medida por el pudor de la época.¹² Fue hasta que distinguidos cirujanos comenzaron a usarlo cuando se entendió la relevancia del espéculo para la visualización médica (Graña, 2001, p. 238). Así, tiempo después, a partir del diseño

¹¹ A propósito Laura Cházaro, en su texto pariendo instrumentos, menciona que en el siglo XX los instrumentos representaban, para las incipientes intervenciones ginecológicas en México, solo un plan B en caso de que el conocimiento médico o la naturaleza fallaran, es decir, tienen una especie de postulado no intervencionista. Sin embargo, mientras más se interesan en la pelvis femenina más les resulta un lugar complejo que parece alejarse de aquellas leyes de la naturaleza y de todo conocimiento médico sobre los órganos humanos. Así, poco a poco los instrumentos van formando parte de la cotidianidad de esta práctica.

¹² Tanto las mujeres como los médicos consideraban inhumano exponer así el cuerpo de una mujer, es por esta razón que la mayoría de los experimentos se realizaron en los cuerpos de mujeres esclavas, prostitutas o pobres, es decir, cuerpos cuya dignidad consideraban ya lastimada.

del espéculo mecánico tubular de Recamier, se recupera el uso del espéculo ginecológico y se va rediseñando hasta que se convierte en el instrumento paradigmático de la tecnología ginecológica.

Figura 1

Espéculo de José Recamier (1819)



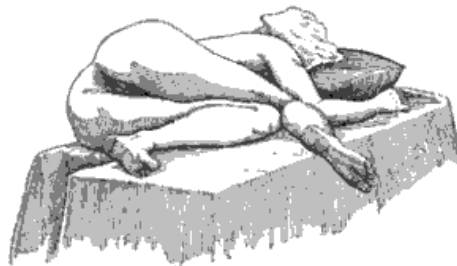
Nota. Adaptado de *Espéculo de Recamier* [Fotografía], por Tomás Cabacas, 2012, (<http://tomascabacas.com/el-especulo/>)

Por otra parte, si el proceso de formación de la ginecología como disciplina tuviera que reducirse a un momento histórico específico, ese sería la segunda mitad del siglo XIX (1845- 1849) cuando J. Marion Sims, el llamado padre de la ginecología, realizó una serie de experimentos en su hospital en Alabama con mujeres esclavas que tenían fístula vesicovaginal, esto es, un pequeño desgarro entre la vagina y la vejiga que provoca pérdidas involuntarias de orina y excremento. Ahora bien, el problema de la fístula llegó a Sims por una esclava de nombre Anarcha que llevaba 3 días en labor de parto. Sims logró sacar al bebé satisfactoriamente con ayuda de unas pinzas, pero días después notó que Anarcha tenía todos los síntomas de una fístula. Desde su perspectiva de cirujano la condición de Anarcha le pareció interesante, investigó al respecto y descubrió que este padecimiento, común en mujeres que tienen un parto obstruido prolongado, todavía no tenía cura, así que se dispuso a encontrarla. (Kapsalis, 1997, p.31)

Durante el proceso Sims entendió que para poder lograr su objetivo de reparar la fístula, tenía que obtener una mejor visión de la vagina. Dicha visión la consiguió gracias a una cuchara de peltre. Esto se le ocurrió al intentar visualizar el interior de Lucy (otra esclava que usaba para sus experimentos). Con ayuda de sus aprendices, puso a Lucy en la ahora famosa “posición de Sims”, que consiste en acostar a la paciente que se va a examinar, con las rodillas pegadas al pecho (Kapsalis, 1997, p. 37).

Figura 2

Posición de Sims



Nota. Adaptado de *Position Sim's Anterior* [ilustración], por The American Illustrated Medical Dictionary, 2021, Wikipedia (https://en.wikipedia.org/wiki/File:Position_Sim%27s_Anterior.jpg)

Así, introdujo el mango doblado de la cuchara en Lucy. Al respecto, Sims expresa que “Introduciendo la manija curva de la cuchara lo vi todo, como nadie lo había visto nunca antes. La fístula era tan clara como la nariz en el rostro de un hombre” (Kapsalis, 1997, p. 37) Esto daría origen a su posterior primer diseño de espéculo, el antecedente del modelo que los médicos siguen usando actualmente aunque con ligeras variaciones.¹³

Figura 3

Espéculo de J. Marion Sims (1845)

¹³ En el caso de México, Cházaro cuenta que había una falta de estandarización de los diseños de espéculos vaginales, ya que la mayoría del instrumental ginecológico se inventó en Europa, principalmente en Francia. Los médicos mexicanos mediante catálogos se enteraban de las novedades médicas, encargaban lo que les interesaba. Sin embargo, había otros que preferían hacer su propia interpretación del instrumento que querían y mandarlo a hacer en algún taller de su preferencia.



Nota. Adaptado de *Espéculo de Sims* [Fotografía], por Tomás Cabacas, (<http://tomascabacas.com/el-especulo/>)

Después de incontables operaciones a dichas mujeres esclavas, efectivamente encontró la cura a la fistula, siendo Anarcha su primer caso exitoso después de una treintena de operaciones (Gray, 1936, p.93). Sims relata que al quitarle las suturas de esa última operación, pudo observar, gracias al espéculo, que todo estaba en orden, no había ningún tipo de inflamación o posible complicación.

A partir de los hallazgos de Sims, los médicos ya no tendrían que trabajar en la oscuridad sobre el cuerpo de las mujeres. En otras palabras, el espéculo contribuyó a organizar ese terreno inexplorado que era el cuerpo de la mujer, pasando a formar parte de la tradición médica que estaba fundada en la visibilidad (Kapsalis, 1997, p.38). Al respecto Kapsalis menciona que: “Como en la noción de Luce Irigaray acerca del espéculo, la luz en el espacio oscuro es después reflejada en la prestigiosa imagen del mismo Sims, cuyo nombre irradió sobre el mundo médico como un meteorito en la noche” (1997, p.38).

Ahora bien, en escritos posteriores (cuando la anestesia ya se había descubierto), Sims menciona que es consciente del dolor que una cirugía sin anestesia podría provocar en el cuerpo humano, llevándolo a la conclusión de que el cuerpo de las mujeres negras es más resistente que el de las mujeres blancas (Kapsalis, 1997, p.38). De esta manera, es difícil

negar sus aportes, pero las prácticas de Sims para lograr las cosas que logró son muy cuestionables. Kapsalis se refiere a lo anterior como política de la visibilidad, esto es, en la historia de la ginecología podemos observar que la institución médica se ha encargado de señalar los cuerpos sobre los que se puede experimentar y sobre los que no. Asimismo, los elementos tecnológicos que elige hacer visibles (cérvix, suturas, intervenciones quirúrgicas etc.) y los que no (dolor, identidades de esclavos, diferencias de poder). Para Kapsalis cabe preguntarse bajo qué parámetros se elige la invisibilidad /visibilidad (1997, p. 59):

Al mirar dentro del espéculo, podríamos considerar cómo esta herramienta puede haber concretado la relación de la institución médica con prácticas racistas y eugenésicas preocupadas con las capacidades reproductivas de las mujeres pobres. Mire al “curioso” espéculo. Mire y vuelva a mirar y mire otra vez y reflexione sobre la formación de esa especialidad médica llamada ginecología. (1997, p. 59)

Kapsalis se refiere a que el espéculo fue diseñado a costa del cuerpo de las esclavas negras, por una supuesta diferencia que permitía que su cuerpo fuera el ideal para experimentar sobre él (por ejemplo, con ideas como pensar que no sentían dolor). La autora menciona que es en el siglo XIX cuando se intenta probar de forma científica esta diferencia entre las mujeres negras y las mujeres blancas, con demostraciones como la famosa exhibición de los genitales de Sarah Bartmann. Sin embargo, al mismo tiempo, experimentos como la cirugía para curar la fístula, dependen de la igualdad anatómica interna que comparten todos los cuerpos femeninos, igualdad que sólo se pudo examinar, insisto, gracias al espéculo. Así, al reparar la fístula de una mujer negra, Sims tenía la certeza de que también podía reparar la fístula de una mujer blanca (1997, p.42). Aquí la política de la visibilidad opera de manera que solo es posible ver a estas esclavas como conejillos de indias (1997, p.33).

Por otro lado, recalca que estas esclavas no escribieron sus propias historias, es por esto que le parece preocupante que la única perspectiva que se tenga sea la de Sims¹⁴

¹⁴ Esta idea se encuentra a la par del proyecto Anarcha Gland del movimiento Gynepunk, que tiene como base recuperar las voces de las esclavas negras que no tenían voz, y que a costa de su cuerpo, y sin su consentimiento, los médicos experimentaron sobre ellas. En el manifiesto de este proyecto mencionan:

(Kapsalis, 1997, p.40). Esto es, parte de la problemática de cómo se nombran las cosas, de qué se elige visibilizar, tiene que ver con que solo es una voz la que se escucha y, por lo tanto, no es posible acceder a todo el panorama. Se trata de la tecnología médica llegando a ese extremo que tanto teme Jaspers, es decir, a ser un simple “método de fábrica” (Jaspers, 1933, 61) totalmente ajeno a las personas, en el sentido en que los médicos pueden llegar a ver a alguien solo como un objeto que forma parte de una investigación, sin ningún reparo en la visión o voz de esa persona, otorgando un papel pasivo al paciente.

La voz del paciente entonces no existe. Es en ese sentido, siguiendo a Jaspers, que entre Sims y Anarcha no hay una relación médico-paciente en absoluto, es decir, ella no tiene la voz para decidir si se experimenta sobre su cuerpo o no: “These slave women were not just disabled by the painful and debilitating fistulas, but socially and physically through the medical experimentation and their categorization as property.”(Cox, 2008, p.16)

Así, pareciera que curar a Anarcha es solo un hecho secundario para Sims, siendo su investigación lo más importante, el saberse el orquestador de la revelación de la pelvis femenina (Kapsalis, 1997, p.33). En ese caso, recordando de nuevo a Jaspers, él diría que Sims está anteponiendo el lado del médico investigador al del médico clínico.

De esta manera, ya sea el espéculo de Marion Sims o el espéculo bivalvo de tres y cuatro hojas de Charriere, que a su vez inspiró el diseño pico de pato de Cusco en 1870 y de Grave en 1878, todos estos dispositivos tienen en común que permiten la abertura del canal vaginal, pero principalmente comparten el hecho de que su uso y diseño se ha determinado, en gran parte, desde una perspectiva no crítica consigo misma, es decir, no dispuesta a comprender otras, que como he ido mostrando a lo largo de este trabajo, Jaspers asociaría esta falta de crítica a un convencimiento de los médicos de que su práctica puede abarcarlo

“Anarcha fue una esclava que sufrió en su carne la experimentación, sin anestesia, [...] ella y solo ella puede entrar y nombrar mi carne [...] nunca más glándula de Skene, de ahora en adelante: glándula de Anarcha” (<https://anarchagland.hotglue.me/?decolonizar>)

todo. Es decir, a una falta de reconocimiento de los límites en relación con la tecnología médica, aunque no solo se reduce a eso, y es lo que quiero mostrar.

Figura 4
Espéculo de Charrier



Nota. Adaptado de *Espéculo de Charrier* [Fotografía], por Tomás Cabacas, 2012, (<http://tomascabacas.com/el-especulo/>)

Figura 5
Espéculo de Cusco



Nota. Adaptado de *Espéculo de Cusco* [Fotografía], por Tomás Cusco, 2012, (<http://tomascabacas.com/el-especulo/>)

Por otro lado, recientemente dentro de la misma institución médica, se han examinado otras perspectivas que vienen acompañadas de cuestionamientos a las formas de relacionarse con el espéculo, como es el caso de la planeación del dispositivo *Pocket Colposcope*, cuyo propósito fue lograr una autocolposcopia, y otro tipo de pruebas ginecológicas, con un dispositivo de bajo costo que sirviera para los mismos fines que el espéculo sin que implicara sus desventajas. El prototipo consiste en un insertador del tamaño de un tampón y un colposcopio del tamaño de una una pluma pequeña. La mini cámara de 2 megapíxeles, que

forma parte del insertador del dispositivo, permite la captura de imágenes para poder visualizarlas con un mejor aumento y archivarlas para después hacer un análisis de ellas (Nyamewaa et. al., 2017)

Figura 6

Pocket Colposcope conectado a una tablet



Nota. Adaptado de *Cervix displayed on the tablet* [fotografía], por Center for Global Women’s Health Technologies, 2020, Medium (<https://dukegwht.medium.com/hello-from-peru2020-7fca9b3a59e3>)

En el artículo “Design and preliminary analysis of a vaginal inserter for speculum-free cervical cancer screening” (Nyamewaa et. al., 2017) que presenta el trabajo detrás de este dispositivo, se plantea que este proyecto (cuyo equipo está formado por investigadoras biomédicas de la Universidad de Duke) parte del reconocer la relevancia del espéculo para la detección del cáncer cérvico uterino, pero también de que el mismo espéculo suele ser una barrera para dicha detección, ya sea por el miedo de la paciente al dolor, la incomodidad o la vergüenza involucrados al realizarse esta prueba.

Asimismo, en el documental *The (in)visible organ* (2021), dirigido por Andrea Kim, se cuestiona a las creadoras del *Pocket Colposcope* sobre sus porqués y el proceso. Ellas son conscientes de que se ha avanzado bastante en tecnología ginecológica, ya que se cuenta con lo necesario para detectar a tiempo distintas enfermedades, pero no sirve de mucho si las mujeres no entienden qué tipo de cuidados requieren o cómo funcionan ciertas pruebas y, por lo tanto, no van a atenderse, es decir, lo único que saben es que el procedimiento es molesto.

Por otra parte, una de las condiciones que hacen que la introducción del espéculo sea una experiencia particularmente dolorosa es el vaginismo, que implica la contracción de los músculos de la vagina de forma involuntaria. Esta condición se presenta principalmente en mujeres que han sido violadas, siendo lugares como África oriental los que presentan mayor número de casos, y por lo mismo mayor incidencia y mortalidad en cáncer cérvico uterino, requiriendo de una constante revisión y pruebas para su detección (Nyamewaa et. al., 2017). Otro de los problemas es que la atención médica no está al alcance de todas las personas, principalmente por una cuestión de distancia, es por esto que además requieren de una alternativa que puedan aplicar desde su casa cuando ellas lo requieran, sin tener que trasladarse, implicando cierta autogestión sobre su salud ginecológica¹⁵.

Ahora bien, pensando sólo en su función, en el artículo también se reconoce la capacidad del espéculo para visualizar el canal vaginal. Así, aún cuando se está buscando una alternativa al espéculo, se replica su función básica, es decir, el mirar, pero en este caso, como expuse anteriormente, son otras cosas las que posibilitan ese mirar, esa apertura. Es así que al igual que los médicos, antes de que existiera el espéculo ginecológico, las creadoras del *pocket colposcope*, tienen el propósito de querer hacer el órgano invisible, visible, con la diferencia de las interrelaciones que intervienen para lograrlo, como por ejemplo, cierta conciencia sobre las problemáticas políticas, sociales e incluso corporales que pueden enfrentar las mujeres al hacerse este tipo de chequeos, así como que en la medida de lo posible la relación médico-paciente sea más horizontal, esto es, que la paciente sea visto como una persona y no como una simple enfermedad a tratar, que la paciente esté involucrada en el proceso, conozca su enfermedad, conozca el procedimiento, es decir, que posea cierta autonomía. Así, las tecnologías usadas deberán estar apegadas a esto y si es necesario habrá que cambiarlas, aunque ya hayan pasado por cierto filtro de utilidad, y de

¹⁵ Otro de los objetivos del proyecto Pocket Colposcope es expandirse a comunidades de todas partes del mundo con el mismo problema

hecho sí sean útiles, en el sentido más básico: cumplir la función para la que fueron creadas, pero aquí, insisto, lo relevante es que la utilidad ya no tiene por qué ser el único factor para usar/diseñar una tecnología.

3.2 La extrema experimentación

El cuestionamiento sobre el rediseño del espéculo también se ha llevado a cabo fuera de la institución médica. Gynepunk, movimiento que construye sus propios instrumentos ginecológicos de bajo costo con la intención de hacerlos más accesibles, abre un diálogo al respecto, mostrándonos, de alguna manera, que el rediseño del espéculo ginecológico no sólo no tiene por qué detenerse, sino que además éste no se limita a los laboratorios convencionales.

3.2.1 Pechblenda y Gynepunk

El diseño de este espéculo, que puede imprimirse en cualquier impresora 3D, fue desarrollado en 2015 por Pin, miembro de Pechblenda y del movimiento Gynepunk (Oakes 2015), en colaboración con Gaudi Labs (2013), un grupo que investiga técnicas de biohacking¹⁶ de código abierto en Suiza, y Hackteria, una plataforma web que contiene una colección de proyectos de arte relacionados con el código abierto y lo biológico. Klau, una de las integrantes de Gynepunk en una entrevista define biohacking como “esta idea de darle la vuelta a las ciencias abriendo la caja negra de la ciencia y de la biomedicina para poder entender sus procesos desde dentro, desde esto que es como la ingeniería inversa: cómo funciona un aparato para poder reconstruirlo, para poder reutilizarlo y para poder apropiarse de él poco a poco” (Festival el Aleph, 2021). Una de las aportaciones de las Gynepunk a este diseño fue la implementación de una cámara fija en el costado, para poder tener una mejor visión. La ambición con este prototipo era crear un banco de imágenes de cérvix (2017).

16

Figura 7
Espéculo con cámara



Nota. Adaptado de *Speculum Camera* [Fotografía], por Pechblenda, 2017, Prototipo me (<https://prototypome.gridspinoza.net/index.php/Archivo:Speculumcamera.jpg>)

La idea del rediseño del espéculo surge en 2012 con el proyecto *Biotranslab* (2017), inspirándose en otros laboratorios móviles hackers (Hackteria, 2016). Deciden crear un laboratorio móvil (o kit ginecológico) en forma de maletín, que cualquiera, en cualquier lugar, pudiera replicar para realizar pruebas básicas ginecológicas, teniendo en mente la utilidad para las personas sin acceso a un seguro médico, como inmigrantes o trabajadoras sexuales. Asimismo, con la intención de resignificar de algún modo el concepto de laboratorio:

A Lab is a place to labor, experiment, research and share — this could be anywhere. There is no labor, experiment, research nor sharing without the people. It is not a museum for journalists. A Lab is first the person and first+ the people. Start a Lab small in a box, suitcase, backpack, picnic basket and take it with you. A Mobile Lab allows you to go to people, and not wait for the others to come. (Hirosue y Gaudenz, 2017)

El laboratorio no tiene porque ser un lugar fijo dispuesto solo para unas cuantas personas expertas, este se puede dar en cualquier lugar. Esto contradice la postura de Jaspers, ya que él sí seguiría pensando ese lugar como propio de aquellos que dominan la técnica, avalados por la institución médica, pero por otro lado Jaspers sí pone sobre la mesa la problemática de que el laboratorio sea ese lugar alejado del paciente y de la misma práctica médica, como ya he mencionado más arriba, el médico que se ciñe al laboratorio, termina

convirtiéndose en tan solo un técnico “pieza de una maquinaria” y, a su vez, termina convirtiendo a sus pacientes en números, solo que en su posible solución él no concibe ni de cerca, aunque defiende la pluralidad de perspectivas, que el laboratorio pueda mudarse y ser accesible a personas no expertas, más bien, él piensa que se deben mezclar entre sí los distintos modos de hacer medicina, la más técnica que se desarrolla en el laboratorio y la más directa con el paciente y su persona que se desarrolla en el consultorio, pero siempre dentro de la institución.

Por otro lado, como parte de su laboratorio móvil. Pechblenda y Gynepunk también diseñaron otro tipo de dispositivos accesibles y esenciales para el experimentar (Pechblenda, 2017):

Microscopio. El microscopio DIWO (Do It With Others) está hecho a base de un lente extraído de una cámara web y materiales reciclados. A la par, realizaron un fanzine (2017) digital donde paso a paso explican cómo construirlo, mencionando la importancia de la microscopía. En otro de sus fanzines (2017) recopilan las principales afecciones relacionadas con la alteración de la flora vaginal, cómo cuidarla y cómo identificar ciertos organismos, primero a través de los sentidos y después con ayuda del microscopio.

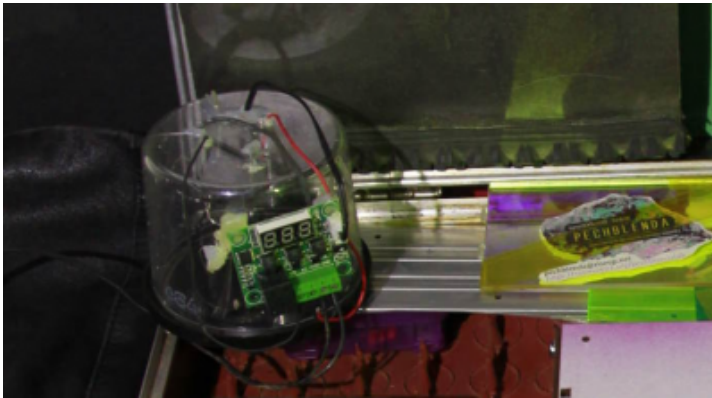
Figura 8
Modelo microscopio



Nota. Adaptado de *Biozine 3* [Fotografía], por Pechblenda, 2017, Prototipo me (<https://prototypome.gridspinoza.net/index.php/Archivo:Biozine3.png>)

Incubadora. El diseño de la “inkubadora” (2017), como la nombran ellas, a diferencia de otras incubadoras comunes, solo permite una temperatura, esto con el fin de que sea más sencillo aprender a usarla. Sirve para analizar cultivos de células en orina, sangre y otros líquidos.

Figura 9
Modelo Inkubadora



Nota. Adaptado de *Inkubator* [Fotografía], por Pechblenda, 2017, Prototipo me (<https://prototypome.gridspinoza.net/index.php/Archivo:Inkubator.png>)

Centrífuga. El diseño de esta centrífuga está basado en un disco duro. Sirve para decantar sólidos que son necesarios para ciertas pruebas.

Figura 10
Modelo Centrífuga



Nota. Adaptado de *Hacked Hard-disc Centrifuge* [Fotografía], por Gynepunk, 2016, Hackteria (https://hackteria.org/wiki/Hacked_Hard-disc_Centrifuge)

3.2.2 Quimera Rosa: Mi enfermedad es una creación artística

Paul Preciado menciona en su libro “Testo yonqui” que la experimentación sobre el propio cuerpo, como parte de los protocolos de investigación farmacológica, era algo común a finales del siglo XVIII. Se tenía la idea de que los efectos de las sustancias se debían de experimentar de primera mano. Tiempo después, en busca de objetividad, el científico experimenta cada vez menos sobre sí mismo como parte de su práctica, y empieza a generar conocimiento a costa de experimentar en el otro (2008, p. 247).

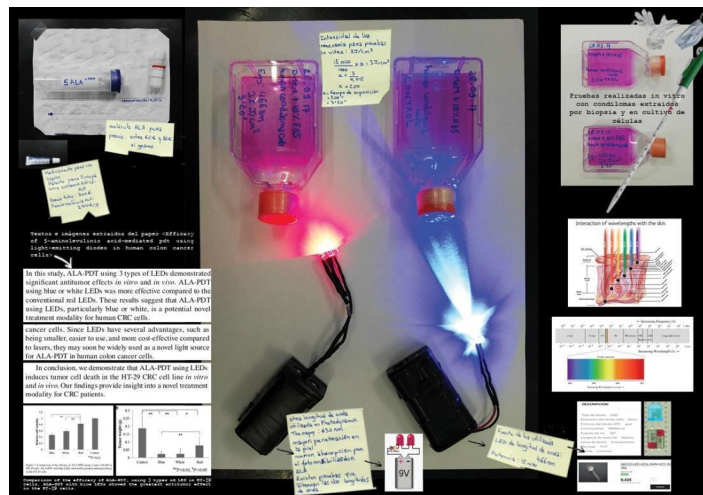
“Mi enfermedad es una creación artística” es uno de los proyectos de Quimera Rosa, colectiva paralela a Gynepunk, que trata de rescatar esta idea de la auto experimentación. Surge a partir de que una de sus integrantes infectada de la ITS *condylomata acuminata*, infección provocada por el VPH (Virus del Papiloma Humano), decide experimentar sobre su cuerpo con el fin de encontrar una cura para su condición. Este experimento parte de las distintas investigaciones que encontraron las integrantes de Quimera Rosa alrededor del uso de la terapia fotodinámica (PDT) como tratamiento para tratar condilomas. Así, el proyecto consiste en elaborar los protocolos necesarios para llevar a cabo la autoexperimentación DIY/DIWO: “Hemos empezado este proceso con una performance y una instalación/laboratorio en noviembre 2016. En esta fase hemos activado un chip RFID que Kina tiene implantado en su mano izquierda (como nuevo DNI donde está inscrito su nuevo nombre y donde se registra la evolución del proceso)” (Quimera Rosa, s/f).

En los estudios que encontraron descubrieron que la técnica PDT además de ser poco invasiva es muy exitosa en el tratamiento de las enfermedades de piel como el cáncer. Sin embargo, como toda técnica recién descubierta, aunque posea un gran nivel de efectividad y se haya demostrado que es segura, es difícil acceder a ella de una forma que no sea teórica.

Es por esto que la finalidad de la investigación de Quimera Rosa también es expandir ese conocimiento e iniciar una conversación sobre las diversas alternativas de tratamiento de VPH, partiendo de la auto experimentación y el arte.

Figura 11

Pruebas realizadas in vitro con condilomas extraídos por biopsia y en cultivo de células



Nota. Adaptado de *Pruebas realizadas in vitro con condilomas extraídos por biopsia y en cultivo de células*[Fotografía], por Quimera Rosa, 2016, Quimera Rosa (<https://quimerarosa.net/transplant/mi-enfermedad-es-una-creacion-artistica/>)

Ahora bien, detrás de este tipo de prácticas hay un discurso que podemos ver recapitulado en el manifiesto Gynepunk:

Gynepunk tiene como objetivo [...] que broten laboratorios DIY-DIT de diagnóstico accesible y extrema experimentación debajo de las piedras o en ascensores si hace falta. Tiene que ser posible en un espacio fijo y/o en el nomadismo de laboratorios móviles. Tiene que poder actuar tantas veces como QUERAMOS, hacer a destajo, antojo e intensidad: cultivos, análisis de fluidos, biopsias, PAPs, sintetizar hormonas, exámenes de sangre, de orina, HIV tests, alivios a cualquier dolor que no soportemos, o lo que NECESITEMOS. Construir y hackear nuestros propios cacharrukos de ultrasonido, endoscopia o ecografías de manera low-cost. Todo esto estrictamente en complementAcción a conocimientos naturales y sobre hierbas, tradiciones orales, pócimas sumergidas, y generar con ansia superávit de lubricantes DIY, anticoncepción, abrir los dominios de las doulas, cuidado salvaje de todas las técnicas manuales de manipulación visceral, como la extracción menstrual, todo esto elevado en potencia máxima hacia el conocimiento compartido y al empoderamiento radical de nuestro cuerpo...! (Gynepunk, s/f)

Esto es, su objetivo es expandir las posibilidades tecnológicas de la medicina y de su experimentación. Mientras más extremo sea ese experimentar, más probable será encontrar respuestas a los problemas ginecológicos, despojándonos al mismo tiempo de la idea de que hay una única respuesta. A su vez, en el caso de no llegar a ninguna respuesta, no se tiene que

tomar a ese proceso/tecnología como trivial, porque siempre podrá ser la base para otro proceso de producción de conocimiento.

Por otro lado, en honor a lo que defienden, Gynepunk es un movimiento cuyos límites no pueden rastrearse. No es posible determinar dónde empieza y dónde termina la colaboración entre las colectivas. Por esta razón es que se nombran como un movimiento (Klau Kinky, 2021), ya que siempre están confluyendo en distintos proyectos que terminan expandiéndose y siendo retomados por otros. Así, la extrema experimentación es un trabajo siempre en proceso y colectivo. Por ejemplo, su laboratorio móvil no lo ven como una tecnología ya terminada ni que les pertenezca de algún modo, porque la extrema experimentación también implica llevar hasta sus últimas consecuencias el proceso de una tecnología, en el sentido de que está abierto a modificaciones y de alguna manera las espera, por más funcional que ya parezca dicha tecnología: “En la mayoría de artículos y referencias a Gynepunk se expone nuestra propuesta del “kit para armar” como YA desarrollado, falacia absoluta que hay que desmitificar... ¡Sigue en proceso!” (Gynepunk, s/f, p. 28).

Esta idea de que la tecnología médica siempre se está construyendo es cercana a la idea de Jaspers de que el conocimiento constantemente tiene que estar abierto a la crítica:

Esta lucha encuentra su última confirmación en la disputa del investigador con su propia tesis. La nota decisivamente característica del hombre científico es que en la investigación busca su contradictor, sobre todo aquellos que todo lo ponen en cuestión mediante pensamientos concretos y precisos. Así, lo que parece destruirse a sí mismo se convierte en fecundo, productivo. Por esta razón, es señal de que la ciencia se ha perdido cuando se evita la discusión e incluso se la rechaza, cuando su pensamiento queda recluido en círculos de la misma opinión y emplea hacia fuera una agresividad destructora en vagas generalidades. (1980, p. 128)

Así, el médico científico tiene que estar abierto a que lo contradigan y estar dispuesto a participar en la discusión que eso implique. De otra manera no se está haciendo ciencia, ya que para Jaspers al recluir el conocimiento a un solo círculo cuya función es solo reafirmar ese conocimiento, se limita la retroalimentación y las posibilidades de ser de la tecnología.

Por otro lado, cabe mencionar que el concepto de “extrema experimentación”, que las Gynepunk plasman en su manifiesto, evoca también de alguna manera la idea que Jaspers

expone tanto en *La práctica médica en la era tecnológica* como en algunos pasajes de *Origen y meta de la historia*, esto es, la necesidad de que la práctica médica vaya un paso más allá de los protocolos impuestos por la ciencia. El autor insiste en que es necesario que los médicos tomen conciencia de los límites de su práctica, ya que es a partir de reconocer sus límites que el médico (investigador o clínico) puede dejar de tropezar con ellos (1988, p. 86). En otras palabras, propone que hay que dejar de creer de forma supersticiosa en la ciencia:

Esta superstición típicamente moderna espera de la ciencia lo que esta no puede realizar. Toma por conocimientos definitivos concepciones totales de las cosas que se pretenden científicas. Admite sin crítica los resultados, sin conocer los caminos por los cuales han sido obtenidos metódicamente, sin conocer asimismo los límites dentro de los cuales los resultados científicos tienen validez en cada caso. Concibe toda la verdad y toda la realidad como algo a disposición de nuestra razón. Tiene una absoluta confianza en la ciencia y obedece sin discusión alguna su autoridad, la cual es ejercida por las jurisdicciones oficiales de los técnicos. (1980, p. 130)

Aquí radica la posibilidad de que la práctica médica no se anquilose, que es el principal síntoma que Jaspers le atribuye a la crisis de la medicina. Su interés está en salvar a la ciencia de cerrarse a otras posibilidades, pero por otras posibilidades está entendiendo el hecho de que los médicos tengan la apertura de dialogar con otros médicos y con otras disciplinas, dejando de seguir de forma automática un protocolo.

Ahora bien, las Gynepunk critican la tecnología ginecológica usándola y modificándola a su conveniencia. Esto es, también están buscando su apertura:

Abordar de otros modos las potencias de las bio(info)tecnologías, de generar lugares de encuentro altamente contaminantes, generando un lugar común, generando estrategias de interrupción y formas de contacto-experiencia. Por último, simplemente aclarar que a través de estos procesos de experimentación no se (re)niega la institución pero sí se busca activamente, a través de la práctica colaborativa, generar aperturas críticas en la re-articulación de los usos de las bio(info)tecnologías. (Benitez, 2019, p. 100)

Sin embargo, la principal diferencia con Jaspers, es que con su extrema experimentación Gynepunk sí piensa en trasladar la tecnología médica a otros terrenos no institucionales (sin negarlos realmente). En primer lugar, por una necesidad inmediata de resolver un problema de salud ginecológica, pensando en las personas que no tienen acceso a un sistema de salud médico por parte de dicha institución, y por otro lado, con el afán de hacer una reflexión sobre esa tecnología, desentrañando todo lo que la atraviesa, para mostrar

por qué la institución médica no es la única respuesta posible o al menos por qué no debería serlo para el paciente.

Conclusión

Lo expuesto en esta tesis muestra que Karl Jaspers piensa que la introducción de la tecnología en la práctica médica tiende a automatizarla y, por consiguiente, automatiza la relación médico-paciente. Ahora bien, en lugar de rechazar la tecnología él se pregunta

constantemente por un atenuante a esta automatización, ya que sí reconoce las ventajas de los avances tecnológicos en la medicina. El atenuante lo encuentra en la posibilidad de ver más allá de una práctica que creemos ilusamente bien formada y establecida por sus alcances tecnológicos.

Esto es, Jaspers propone que el médico primero necesita entender que su práctica no es una práctica completa y una vez entendido eso, el segundo paso es empezar a relacionarse con otros saberes y técnicas para evitar el atrofiamiento de su práctica. A través del diálogo continuo y de entender que la práctica médica siempre está en proceso, Jaspers busca una combinación de alguna manera interdisciplinaria entre saberes y tecnologías; sin embargo, no piensa en la limitante que representa la institución médica por sí misma, es decir, todo el intercambio necesario del que habla lo visualiza dentro de la misma institución, irónicamente a partir de otros saberes también ilusoriamente ya establecidos y bien formados

A esto último es a lo que se refiere Foucault cuando sugiere que el progreso no trae consigo necesariamente una mejora. Así, al desmitificar la supuesta relación entre los avances tecnológicos y una mayor eficacia en los procedimientos médicos, Foucault también está desmitificando el cómo se lleva a cabo una investigación médica, el hecho de que no es infalible todo el tiempo y tampoco progresiva. Hay que entender que como cualquier otro proceso de dicha índole, el avance no es siempre como se espera, los resultados no son concluyentes; algunas veces se avanza y otras veces es necesario mirar atrás, repetir o desechar.

Ahora bien, en contraposición, también es interesante explorar la perspectiva del paciente respecto a esta idea de expandir lo que se entiende por investigar y experimentar. Como también mostré, Susan Sontag, Audre Lorde y Jean-Luc Nancy, al igual que Jaspers, coinciden en que el paciente no es sólo la cifra de un estudio o una estadística. Sin embargo, a

diferencia de Jaspers, ellos lo resuelven a través de explorar la enfermedad desde su propia narrativa.

Para los autores mencionados anteriormente, el explorar más allá de los límites de la práctica médica, significa hacerlo a través de ellos mismos, en la búsqueda de igualmente entender la enfermedad y el investigar como algo no exclusivo de la institución médica. En el caso de Nancy, por ejemplo, queda claro que el miedo que le tenemos a la enfermedad y todo lo que conlleva, es el mismo miedo que le tenemos al intruso, a no saber a qué nos estamos enfrentando. Una vez que esto se asimila, la enfermedad y el proceso de curación, pasan a formar parte del enfermo, en el sentido en que reconocer la enfermedad como propia es, al mismo tiempo, entender que no solo soy mi enfermedad, como muchas otras cosas que son parte de mí, no es lo único que me define.

Así, Sontag también logra ver que el intruso, el extranjero, es lo que más nos inquieta de la enfermedad. Llevándolo a la metáfora bélica de la medicina, el extranjero, al igual que la enfermedad, es aquel que puede atacarnos, el que nos invade. Asimismo, con Lorde, una vez más se ve **en** la necesidad de aceptar la enfermedad como propia, teniendo claridad de ella. Esto es, Lorde sostiene que la única manera en que ella puede tomar decisiones conscientes sobre su tratamiento contra el cáncer, es mediante el hecho de poseer el conocimiento preciso sobre en qué consiste cada procedimiento del mismo.

Por otro lado, en la parte final de este trabajo me propuse plantear el contraste entre toda la problemática descrita anteriormente con la labor de las colectivas de biohacking ginecológico, en específico de las Gynepunk. Ahora bien, para entender de dónde están partiendo, es necesario dilucidar la relación entre el feminismo y la tecnología. Irene Soria Guzmán, en su texto “Feminismo y Tecnología: Software Libre y Cultura Hacker Como Medio Para la Apropiación Tecnológica, Una Propuesta Hackfeminista”, puntualiza que una de las cosas que se pueden señalar de la relación de las mujeres con la tecnología, es que

históricamente se les ha negado el acceso a ésta (y, en algunos casos, se ha utilizado para someterlas).

No obstante, también es cierto que desde siempre las mujeres han poseído su propia tecnología, con sus propias reglas, en respuesta a este despojo de las herramientas y tecnología que se conoce como más propia de los hombres, ya sea bajo el nombre de brujas o curanderas: mujeres poseedoras de conocimiento tecnológico y ancestral; conocimiento que escapaba y, por lo tanto, desafiaba a la medicina científica. A su manera, con sus propios medios, las curanderas o brujas desarrollaron un conocimiento bastante extenso y una técnica que era capaz de resolver los problemas de su cotidianeidad, como la curación de enfermedades.

Así, las mujeres fueron despojadas de ciertos saberes, pero en consecuencia desarrollaron el propio, acorde a sus necesidades. Sin embargo, no solo se les negó el acceso a la tecnología sino también el desarrollo de la propia, como sugiere Manuela de Barros en su libro “Arqueología de los medios”

Las <<brujas>>, esas mujeres que no habían renunciado a la relación con la naturaleza y su feminidad [...] pagaron caro el precio, porque la <<cacería de brujas>>, también y antes que nada, es una lucha de poder entre las mujeres que tienen conocimientos vernáculos y no escritos y los hombres que se consideran sabios y que debían, por lo tanto, erradicar las creencias que según ellos eran estúpidas además de satánicas. Una gran parte de la medicina tradicional occidental se destruirá en esta cacería. (De Barros, 2018, p.26)

Esta conexión problemática de las mujeres con la tecnología permanece hasta ahora. De allí que el feminismo propone reevaluar este vínculo, criticando la raíz de éste. En específico, me refiero a las feministas interesadas en la tecnología hacker, donde la figura de hacker también se suele asociar a una figura masculina. Es así, que las feministas proponen, teniendo presente esa tradición de despojo, la apropiación del conocimiento como manera de resolver diversas problemáticas que giran en torno a ser mujer, aunque no necesariamente; sirviendo, al mismo tiempo, para criticar diversas situaciones a las que se enfrentan al vincularse con la tecnología. Básicamente se centran en la recuperación de saberes,

reivindicando a las brujas y curanderas; además, resaltando también la importancia de hacerlo en comunidad.

De este modo, todo esto me conduce a las Gynepunk, que de igual manera critican, aunque sin rechazar por completo, a la tecnología ginecológica; piensan tomar lo necesario de donde sea, apelando a que en esencia la ciencia no tiene por qué estar limitada a una institución médica determinada históricamente ni tiene por qué mudarse por completo a una única forma de practicarla. Al tratar de explicar la diferencia de técnicas, y por lo tanto, de miradas entre distintas prácticas médicas, recurre a dividir las en dos: la panorámica y la microscópica. Esto es, técnicas que te acercan a todos los detalles más minuciosos y técnicas que operan desde la distancia obteniendo el panorama completo en una sola toma. Sin embargo, lo que se propone con la extrema experimentación de las Gynepunk, es poder tener más de dos visiones, ya sea combinándolas o descubriendo nuevas.

Por tanto, la propuesta Gynepunk y de las colectivas de biohacking, resuelve aquella preocupación de Jaspers por salvar a la práctica médica de la crisis que experimenta, al atreverse a mirar más allá de la institucionalización médica y científica de la tecnología. Este mirar más allá significa construir su propia tecnología.

Cabe ahora seguir explorando las consecuencias políticas y tecnológicas de esta forma de hacer práctica médica y científica. Como el hecho de tener que tomar en cuenta que para criticar un sistema tecno-político, ya no con el afán de desmontarlo inmediatamente sino con la urgencia de crear una alternativa para solucionar un problema inmediato, en este caso, el acceso a la salud ginecológica para las que ni siquiera lo tienen, pero también para las que buscan una dinámica distinta, porque por diversas razones no les funciona aquella que han atravesado; es necesario crear tus propias herramientas, teniendo en cuenta aquello que dice Lorde, sobre el hecho de que las herramientas del amo no destruyen la casa del amo.

Así, por ejemplo, si se quiere criticar el sesgo o la exclusión de saberes en la práctica médica, movimientos como las Gynepunk no parten de esa misma exclusión, sino más bien parten de buscar todas las alternativas posibles; y eso solo se puede hacer estando dispuestos a valerse de todo lo que sea necesario, a descubrir nuevos saberes, teniendo presente que eso muchas veces puede conducir a la nada, porque no se pretende investigar con un fin establecido; si no se encuentra nada, si no se llega a nada, está bien. No todo el conocimiento gestado en una investigación tiene que tener una finalidad productiva, al menos para este tipo de prácticas de biohacking ginecológico. Aquí, de alguna manera, el acto de experimentar se basta a sí mismo, y en ese sentido, quien encaja allí en todo el sentido son practicas como Quimera Rosa quienes van fluctuando entre lo artístico, el biohacking, la ciencia y otras prácticas según lo necesiten. Me parece interesante hacia donde nos pueden llevar esas prácticas no solo en términos médicos autogestivos, sino también en términos artísticos o en general en formas de relacionarnos políticamente. Con esto, sin embargo, habrá que preguntarse también qué es aquello que tiene el arte que permite abrir esa multiplicidad de miradas, y cómo es que llevan el investigar a un espacio idóneo para prácticas autogestivas donde el diálogo está abierto para discutir a partir de otros discursos como el feminismo o la racialidad.

Referencias

- Benitez Valero, L. (2019). *Prototyp_ome: (Re)articular la biomedicina desde la investigación artística* [Archivo PDF].
https://www.researchgate.net/publication/332023982_Prototyp_ome_Rearticular_la_biomedicina_desde_la_investigacion_artistica
- Cházaro, L. (2004). *Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México*. [Archivo PDF].
<http://www.die.cinvestav.mx/Portals/die/SiteDocs/Investigadores/LChazaro/Articulos/RevArbitradas/PariendoInstrumentos.pdf>
- Cházaro, L. (2011). (5 al 8 de diciembre de 2011). *La vida material de las prácticas médicas: producción y circulación de los instrumentos en México en el siglo XIX*. [Ponencia Taller]. Circulación de saberes: instrumentos y colecciones en la historia.
- Cox, A. M. (2008). *With Anarcha: A Meditative Diary on Personal Healing and Touching History Through Performance Practice* [Archivo PDF].
http://liminalities.net/4-2/anarcha/With_Anarcha.pdf
- Critical Art Ensemble. (2008). Bioparanoia and the culture of control. En B. Da Costa (Ed.), *Tactical Biopolitics Art, Activism, and Technoscience* (pp. 413- 429). The MIT Press Cambridge
- De Barros, Manuela. (2018). *Arqueología de los medios. La tecnología desde una temporalidad difusa*. Editorial Herder.
- Elizondo, V. (31 de julio de 2019). La historia del espejito: orígenes usos y apropiaciones. Clue.
<https://helloclue.com/es/articulos/cultura/la-historia-del-espejito-origenes-usos-y-apropiaciones>
- Foucault, M. (1974). *Historia de la medicalización*. Instituto de Medicina Social.

- Foucault, M. (1974). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Instituto de Medicina Social.
- Gaudenz, U. (14 de mayo de 2017). *Lab Making*. Medium.
<https://medium.com/@Sachiko/lab-making-d573afa93231>
- Graña, A. (2001). *Consideraciones históricas sobre la evolución de la ginecología* [Archivo PDF].https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/Vol_47N4/pdf/A06V47N4.pdf
- Gray, G. (1936). *Marion Sims and the origin of modern gynecology* [Archivo PDF].
<https://we.riseup.net/assets/246488/MARION+SIMS+AND+THE+ORIGIN+OF+MODERN+GYNECOLOGY.pdf>
- Gynepunk. (s/f). *Gynepunk*. Hotglue. <https://gynepunk.hotglue.me/?intro>
- Irigaray, L. (2007). *Espéculo de otra mujer*. Ediciones Akal.
- Jaspers, K. (1933). *El ambiente espiritual de nuestro tiempo*. Editorial Labor.
- Jaspers, K. (1980). *Origen y meta de la historia*. Alianza Editorial.
- Jaspers, K. (1988). *La práctica médica en la era tecnológica*. Editorial Gedisa.
- Jean-Claude, G. (trad). (2006). Le médecin à l'âge de la technique. *POESIE*, N° 116, 89 a 103. <https://www.cairn.info/revue-poesie-2006-2-page-89.htm>
- Kapsalis, T. (1997). *Public privates: performing gynecology from both ends of the speculum*. Duke University Press.
- Kim, A. [Festival El Aleph]. (21 de mayo de 2021). *The (In)visible Organ #Estreno: "El órgano (in)visible"*, dirigido por Andrea Shinyoung Kim. [documental].
 Facebook. <https://www.facebook.com/FestivalElAleph/videos/3082730558628932/>
- Kinki, K. [Festival el Aleph]. (28 de mayo de 2021). *AnarchaGlam & Gynepunk: Arsenal de descolonización corporal*. [transmisión en vivo]. Facebook.
<https://www.facebook.com/FestivalElAleph/videos/509363480262186/>

- Kinki, K. Rodado, A. Quimera Rosa. (2017). *Devenir planta-bruja-máquina* [Archivo PDF]. <https://we.riseup.net/klaw/becoming>
- Lorde, A. (1999). A Burst Of Light: Living With Cancer. En J. Price (Ed.), *Feminist Theory and The Body: A Reader* (pp. 149-153). Routledge New York.
- Mandressi, R. (2008). *Técnicas de disección y tácticas demostrativas* [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58922939008>
- Maus, M. A. (2012). *Theaters of anatomy: diseased bodies and history writing in the hispanic transatlantic world*. [Archivo PDF]. https://www.academia.edu/1991724/THEATERS_OF_ANATOMY_DISEASED_BODIES_AND_HISTORY_WRITING_IN_THE_HISPANIC_TRANSATLANTIC_WORLD
- Nancy, J. L. (2006). *El intruso* [Archivo PDF]. https://www.elabrojo.org.uy/wp-content/uploads/2017/06/Nancy-Jean-Luc_El_intruso.pdf
- Nyamewaa, M., Agudogo, J., Krieger, M., Miros, R., Proeschold-Bell, R. J., Schmitt, J., Ramanujam, N. (31 de Mayo de 2017). *Design and preliminary analysis of a vaginal inserter for speculum-free cervical cancer screening*, Plos One. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177782>
- Oakes, K. (1 de noviembre de 2015). *GynePunks: Reimagining women's health*. The Free Library. <https://www.thefreelibrary.com/GynePunks%3a+Reimagining+women%27s+health.-a0436846712>
- Perez Tamayo, R. (2015). *Las transformaciones de la medicina*. El Colegio Nacional.
- Pin, P. (comp.), (2017). *De la Biopolítica al bioTRANSlab*. Internet Archive. <https://archive.org/details/biopoliticsBiotranslabMicrozineHangar/mode/2up>
- Pin, P. (comp.), (2017). *Microzine 2*. Internet Archive.

<https://archive.org/details/microzine02Hangarnina/mode/2up>

Preciado, P. (2008). *Testo yonqui* [Archivo PDF].

<https://antropologiadeoutraforma.files.wordpress.com/2013/04/preciado-testo-yonqui.pdf>

Sontag, S. (1977). *La enfermedad y sus metáforas*. Titivillus.

Soria Guzmán, Irene. (2020). *Feminismo y Tecnología: Software Libre y Cultura Hacker*

Como Medio Para la Apropiación Tecnológica, Una Propuesta Hackfeminista

[Archivo

PDF].<http://irenesoria.com/wp-content/uploads/2021/08/feminismo-y-tecnologi%CC%81a.pdf>