



La rehabilitación desde la economía política crítica. Un debate necesario*

Rehabilitation from the critical political economy. A necessary debate

A reabilitação desde a economia política crítica. Um debate necessário

Recibido: 20 de Julio de 2019. **Aceptado:** 28 de Enero de 2020.

Publicado: 1 de Octubre de 2020.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.repc>

Jaime Alberto Méndez Castillo^a
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5034-021X>

Para citar este artículo Méndez JA. La rehabilitación desde la economía política crítica. Un debate necesario. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.repc>

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: jamendezc@unal.edu.co

Resumen

En este artículo se muestran las relaciones entre la configuración del pensamiento moderno, la idea de “hombre máquina”, y la rehabilitación como campo profesional reciente. La economía política crítica describe cómo esta perspectiva surge de las relaciones entre modernidad y capitalismo desde el siglo XIX. Más recientemente, esta tradición se articula con la del “complejo médico industrial” en el marco del “capitalismo cognitivo” que se ha venido consolidando en los últimos 40 años. Comprender estas relaciones permite pensar en alternativas para reorientar la rehabilitación hacia la realización de la vida desde las diferencias, los derechos humanos, los territorios y el buen vivir de los sujetos en sus colectividades.

Palabras clave: Rehabilitación, discapacidad, medicalización, mercantilización.

Abstract

This article shows the relationships between the configuration of modern thought, the idea of “man a machine”, and rehabilitation as a recent professional field. The critical political economy shows how this perspective has arisen from the relationships between modernity and capitalism since the XIX century. More recently, this tradition is articulated with the “medical-industrial complex” in the framework of “cognitive capitalism” that has become consolidated within the last 40 years. Understanding these relationships allows thinking of alternatives to reorient rehabilitation from the differences, human rights, territories and the good living of the subjects in their communities.

Keywords: Rehabilitation, disability, medicalization, commoditization.

Resumo

Este artigo mostra as relações entre a configuração do pensamento moderno, a ideia de “homem máquina”, e a reabilitação como um campo profissional recente. A economia política crítica descreve como essa perspectiva surge das relações entre modernidade e capitalismo desde o século XIX. Mais recentemente, esta tradição se articula com a do “complexo médico industrial” no marco do “capitalismo cognitivo” consolidado nos últimos 40 anos. A compreensão dessas relações nos permite pensar em alternativas para reorientar a reabilitação em direção à realização da vida com base nas diferenças, direitos humanos, territórios e no bom viver dos sujeitos em suas comunidades.

Palavras-chave: Reabilitação, incapacidade, medicalização, mercantilização.



Introducción

En las lógicas de la biomedicina o del modelo biomédico imperante en el mundo desde los inicios de la configuración del pensamiento moderno, la rehabilitación es considerada una respuesta a la discapacidad producto de condiciones individuales reflejadas en deficiencias físico-fisiológicas, limitaciones en actividades y restricciones en la participación social de los sujetos (1). En este sentido, la rehabilitación humana implica técnicas orientadas a corregir o rectificar los cuerpos discapacitados como medio para la reinserción social (2). Estas técnicas profundizan fuertemente sus relaciones con la “recuperación”, la “reparación de una pieza corporal”, el “restablecimiento” o la “restauración física de los individuos” una vez han perdido o disminuido sus funciones corporales (3-5). Hacer referencia a la rehabilitación humana puesta en estas dimensiones es limitarse de la manera más reduccionista posible a definir y comprender individuos y cuerpos “sanos/enfermos”, “normales/anormales”, “productivos/no-productivos” y otras dualidades características del modelo biomédico encarnado en el pensamiento moderno que categoriza sujetos (3,6).

Esta perspectiva de la rehabilitación se ha venido construyendo alrededor de supuestos epistemológicos de la modernidad que privilegian la visión científicista y mecanicista de la naturaleza, la sociedad, el ser humano y la vida (7). Es desde allí que el cuerpo humano se convierte en objeto de conocimiento cada vez más accesible al especialista y ajeno al sujeto mismo (8). Es decir, el cuerpo ya no le pertenece a los individuos sino que queda a expensas de la ciencia y de la biomedicina.

Siguiendo una corriente de pensamiento crítico, se busca hacer una aproximación crítica a las formas dominantes de concebir la rehabilitación dentro del campo de la salud. Se les denomina formas dominantes porque se sostienen en fundamentos biomédicos heredados de la configuración del pensamiento moderno y sus prácticas orientadas hacia el cuerpo humano como objeto de estudio científico. Se trata de una concepción de cuerpo configurada alrededor de la esencia biológica, clínica, individual y asistencialista, que separa y clasifica segmentos corporales de todas las maneras posibles y los repara para maximizar su utilidad social (9), porque las deficiencias corporales no rehabilitadas recrean cuerpos “anormales” e “improductivos”; útiles a las sociedades capitalistas (10).

Mucha literatura científica sigue las formas dominantes de la rehabilitación, y confirman su fuerte arraigo al modelo medicalizador en el marco de la biomedicina (11,12). Allí no se reporta nada diferente ni novedoso con respecto a otras maneras alternativas de entenderla ni de practicarla, más que en primer lugar, la continua reproducción de la lógica del pensamiento dualista que mide, cuantifica y clasifica sujetos y cuerpos “normales/anormales”, “capacitados/discapacitados” etc., y en segundo lugar, la atención medicalizada a través de la “rehabilitación” que opera como dispositivo de “normalización” sobre sujetos y cuerpos (13). En últimas, son formas dominantes de rehabilitación que no trascienden lo normal y anormal, conceptos que emergen en la modernidad como mecanismo de organización, orden, docilidad, utilidad y poder sobre los sujetos en las sociedades modernas (6,10).

Dicho esto, el interés en este artículo es poner en tensión las formas dominantes de comprender y abordar la “rehabilitación” tradicional en el mundo. Por ende, busca aproximarse a construir otras lecturas y discusiones críticas que permitan llevar a entenderla en el marco del sistema capitalista; pero también a pensar posibles salidas orientadas a desnaturalizar el déficit corporal; a abogar en favor del cuerpo alienado por el saber biomédico-rehabilitador humano que lo somete a metamorfosis forzadas (14); y a reflexionar frente al papel de la ideología de la normalidad como productora de discapacidad que abre puertas a la rehabilitación dominante (10).

El artículo iniciará su recorrido desde la visión del sujeto moderno y la noción del hombre máquina que surge con el pensamiento cartesiano, pasando por las nuevas formas de organización de las sociedades modernas, donde la norma y normalidad toman partida sobre cuerpos y sujetos. Posteriormente se aproximará a comprender el lugar que ocupa la rehabilitación en el marco del capitalismo contemporáneo, desde los aportes que hace la economía política crítica alrededor del complejo médico industrial y financiero (CMIF) en el marco del capitalismo cognitivo (CC) en salud; que se ha configurado a partir de la década de 1970 con las transformaciones del sistema capitalista a escala global. Finalmente, el documento cerrará con un corto acápite de conclusiones como aporte a nuevos debates, y por qué no, a una futura propuesta alternativa que le apueste a nuevas formas de ver, comprender y practicar la rehabilitación en el campo de la salud en el mundo.

El pensamiento moderno y la concepción del hombre máquina en los fundamentos de la rehabilitación del déficit corporal

El mundo del renacimiento europeo creó las condiciones propicias para el desarrollo de la ciencia moderna. La recuperación del mundo clásico griego confrontó la contemplación escolástica desde la experiencia y los primeros intentos de experimentación humana (15). Con la entrada de la Modernidad, la idea de Galileo Galilei transformó el mundo en un asunto idealizado en la matemática, cuyo fundamento se centraba en medir y cuantificar incluso la vida; asunto que fue desplazando otras posibilidades y formas de ver y comprender la naturaleza, la sociedad y, en esencia, al ser humano (16). Desde allí se desprendieron grandes transformaciones que entraron a dominar racionalmente las esferas económicas, sociales, políticas y morales; en general, todos ámbitos de la vida humana (17).

En tanto, en medio de un periodo de gran agitación intelectual en el siglo XVII hubo aportes considerables de Hobbes, Pascal, Berkeley, Locke y Leibniz para el desarrollo de una filosofía de la ciencia moderna (18). No obstante, esta época también implicó grandes disputas por la dominación entre la razón (parsimonia, prudencia, autocontrol, etc.) y las pasiones del cuerpo (lascivia, ocio, etc.) que obedecían a la configuración de un novedoso paradigma antropológico (6,9). La burguesía emergente intentó amoldar las clases subordinadas a las necesidades del desarrollo de la economía capitalista a través de la venta de su fuerza de trabajo(9).



En Europa Occidental, justamente un siglo antes (siglo XVI), en medio de una fuerte reforma protestante y del surgimiento de una burguesía mercantil, emergieron en todos los ámbitos como el teatro y el púlpito, la imaginación política y filosófica de un nuevo concepto de persona a la que se le atribuía poder proveniente de gobernar a sus súbditos, de esclavizar a otros y de ofrecer trato explotador hacia la figura del esclavo; dando lugar a nuevas formas de relaciones sociales que se empezaron a gestar en el nuevo orden mundial (9). Estas lógicas permearon en la configuración y el predominio del pensamiento dualista sujeto/objeto propuesto por Descartes, que fue en últimas uno de los pilares junto a los fundamentos de la filosofía mecanicista, desde donde se cimentó la ciencia moderna, la ciencia dominante o “la nueva religión de la modernidad” por su capacidad de crear y recrear artefactos vivos, y no sólo por describir la realidad (19).

En la filosofía mecanicista se percibe un nuevo espíritu burgués, aquél que calcula, que clasifica, que hace distinciones y que degrada al cuerpo para racionalizar sus facultades; lo que apunta no sólo a intensificar su sujeción, sino a maximizar su utilidad social (19). Desde esta visión científica racional que no vaciló en masificarse, en sustituir la perspicacia por el método y el genio por la mediocridad (18), se empezó a concebir el universo y el ser humano como máquinas sujetas a las leyes de causa-efecto y a la predicción futura de máquinas perfectas a través de la experimentación con el método científico, sus herramientas analíticas y la matematización (17,20).

Con la irrupción de la anatomía en las aulas y con los desarrollos de biomedicina, el cuerpo pasó a ser objeto de curiosidad que se toca, se palpa, se manipula, se invade y despoja o se priva de su propia morada sagrada e intocable, para ser medido, registrado y comparado (8,13). La civilización occidental centró su interés en estudiar la estructura y la función del cuerpo humano y se preocupó por comprender la “deficiencia corporal” desde la perspectiva de la experiencia y la razón (21,22); una visión mecanicista que se venía gestando desde el siglo XVII, cuando los segmentos corporales se asemejaban a las partes de una máquina: el corazón se asemejaba a una bomba, los brazos y huesos eran considerados palancas, los ojos como lentes, los pulmones como fuelles, los músculos como pistones y el puño como un martillo (9,13). Lo cierto es que el cuerpo ante los ojos del anatomista quedó convertido en una fábrica anatomizada, fragmentada y atrapada en una lógica de docilidad política y de utilidad económica y social (9,23).

En este sentido, el cuerpo más allá de su complejidad humana se concebía en esencia como una máquina medible y cuantificable que controlaba sus propios mecanismos (24,25). El interés científico de Descartes, específicamente la idea de cuerpo máquina, giraba en torno a proponer lo que en su momento denominó “ciencia del hombre” con la que buscó desarrollar una teoría que condujera a la perfectibilidad del hombre máquina y que revolucionara el pensamiento occidental (24). Desde esta óptica y en medio de una nueva concepción y política sobre el cuerpo, se le atribuyó a este la fuente de todos los males –con el pretexto– para ser estudiado con la misma pasión con la que se estudiaba la matemática y la astronomía (9). De esta manera, el cuerpo quedó convertido en un híbrido o en una entidad bifaz sujeto-objeto que le permitiría al hombre comportarse de la misma manera que las piezas mecánicas de una máquina,

constituyendo componentes y elementos humanos del maquinismo (26). A expensas de este asentamiento epistémico, se tipificó el nuevo sujeto moderno (hombre moderno) y se le impuso la soberanía para controlar el mundo en todos los espacios: científico, moral y estético (17).

De la mano del pensamiento del hombre moderno y a la par del ordenamiento moderno de las sociedades que trajeron consigo una idea de progreso y desarrollo articulado a procesos de industrialización y transformación, se instauró la norma fundamentada en la matemática, específicamente en la estadística, como pauta para el nuevo orden social que requería de individuos con características promedio adaptables a la sociedad capitalista (27). De esta manera, el lenguaje matemático irrumpió en la comprensión de la sociedad, tanto, que quien conociera el lenguaje matemático científico tenía el poder para conocer objetivamente la sociedad y a la vez predecirla (10). En concordancia, la estadística cumplió un papel fundamental en las transformaciones de ese nuevo orden social y político que emergió de la configuración del pensamiento moderno y que clasifica sujetos promedio y fuera de él. Desde esta perspectiva, aquellos sujetos que estuvieran dentro de la norma eran considerados útiles y productivos para la sociedad; es decir, eran “normales”, a diferencia de aquellos que se desviaban del promedio social o que no cumplían con los requerimientos del nuevo orden de las sociedades y por tanto eran “anormales” (28). Es así como estos conceptos no son solo un asunto de meras construcciones sociales sino que terminan siendo constituyentes de sociedades, donde la noción dualista “normal/anormal”, “productivo/improductivo”, etc., entran a jugar un papel clave en lo que sería el destino de los sujetos de las sociedades modernas (28). Son nociones heredadas del pensamiento moderno y de la misma concepción de hombre máquina fundamentada en principios matemáticos y científicas, que se han venido desplazando a lo largo del tiempo y encarnado en los sujetos y en sus cuerpos, así como han venido configurando el poder sobre la vida a tal punto que quienes sean distinguidos como “anormales” por déficit o insuficiencia corporal deben ser controlados, corregidos, o castigados a través de intervenciones específicas para su normalización (23,28).

Así, no es ajeno que en las sociedades contemporáneas los procesos de normalización de individuos con déficit corporal estén sujetos a la perfección de sus cuerpos recipientes de partes y segmentos corporales, a través de técnicas de “restauración”, “recuperación” y “reparación” de sus componentes maquinísticos para no ser expulsados del sistema social (3). Se hace referencia a la rehabilitación dominante que actúa como dispositivo de normalización y que tuvo un importante impulso a partir de las guerras mundiales en el siglo XIX, y que profundizó la idea de hombre maquinizado y esclavizado a ser rehabilitado en función de la sociedad, del sistema capitalista y de las dinámicas del mercado global (24,29). De allí que el modelo rehabilitador se ha ocupado de controlar la máquina corporal para mantenerla dentro del promedio social a través de diferentes dispositivos de control (30).

En las sociedades contemporáneas, la idea de hombre máquina también se ha desplazado con las transformaciones en el sistema capitalista que profundiza sus dinámicas en la década de



1970, cuando por un lado el sector financiero entra en una fuerte exacerbación a escala global reorganizando el sector de la salud y los mercados de bienes y servicios de este campo (31). Y de otro lado, con el pasaje del capitalismo industrial fundamentado en economías de tiempo a un nuevo ciclo del capital, el capitalismo cognitivo, que pone en evidencia una ruptura histórica del sistema capitalista, ubicando el conocimiento y la vida como elementos centrales en los procesos de valorización del capital (32). Son dos formas de interpretar estas transformaciones, las cuales se desarrollarán con mayor profundidad en el siguiente apartado, porque lo importante aquí es mostrar cómo la concepción de hombre máquina como fundamento de la rehabilitación dominante ya entra en lógicas en las que incluso el cuerpo no solamente se rehabilita para reducir las deficiencias corporales en función de la inserción social, sino que incluso se potencializan sus habilidades hasta el punto de superar a los sujetos “normales” (33,34). En este sentido, la rehabilitación se dirige a crear nuevos cuerpos mezclados entre lo orgánico y lo artificial que dan lugar a un nuevo ser humano, el ser “cyborg” (35). En tanto, la medicina moderna y la rehabilitación dominante están llenas de cyborgs, que vienen siendo organismos cibernéticos, híbridos de máquina y organismo, o criaturas de la realidad social y también de ficción que viven en mundos ambiguamente naturales y artificiales al mismo tiempo (35).

El caso más ilustrativo de la figura del cyborg en la rehabilitación dominante son las prótesis, las cuales no solamente entran a remplazar un segmento corporal del hombre máquina, sino que potencializa sus habilidades y lo acerca al súper hombre. Por ejemplo, existen prótesis auditivas que con todo el desarrollo de la inteligencia artificial no solamente le permiten recuperar la audición al sujeto, sino que lo conectan con el mundo de las tecnologías globales de una manera que no logra hacer el oído humano “normal”; incluso, monitorean la actividad cerebral de los sujetos que las portan y su estado de salud corporal, a tal punto que los alerta de sus posibles enfermedades en tiempo real (36). Es el resultado de lo que han implicado las transformaciones del sistema capitalista que ya trasladan las ciencias de la computación, la inteligencia artificial y todos los desarrollos tecnológicos a la vida humana en todo su sentido de ser y que será motivo de discusión en el siguiente apartado ocupado por los aportes de la economía crítica para comprender la rehabilitación en el marco de las sociedades capitalistas.

Aportes de la economía política crítica para la comprensión de la rehabilitación en el sistema capitalista

Así como la medicina científica moderna o la biomedicina ha estado inserta en las dinámicas capitalistas desde finales del siglo XIX, articulándose al desarrollo del régimen de acumulación fordista como una nueva forma de reorganizar el proceso de acumulación en el capitalismo industrial en la primera mitad del siglo XX (37), la rehabilitación dominante ha seguido la misma lógica aportando a la incorporación de los cuerpos humanos en función del capitalismo (38). A partir de la Primera Guerra Mundial se impulsó el desarrollo de la rehabilitación en el campo de la salud a raíz de la cantidad de personas con lesiones corporales que debían ser tratadas como problemas individuales (6).

En la segunda posguerra que es cuando se reporta en la literatura el despegue de la rehabilitación como campo de acción profesional (3), también se impulsaron los sistemas de atención en salud

a nivel mundial en el marco del desarrollo industrial y del Estado de Bienestar; lo que propició la inversión de recursos públicos en los sistemas de salud y en el desarrollo de tecnologías en salud (37). En este sentido, hubo desarrollos e innovaciones tecnológicas reflejadas en el diseño y producción de aparatos o dispositivos propios para rehabilitar y corregir al hombre máquina de la guerra a través de las tecnologías para el cuerpo y de las disciplinas gestadas en torno a la rehabilitación (13,23). En Estados Unidos, por ejemplo, a raíz de la Segunda Guerra Mundial se fortaleció el desarrollo y producción de prótesis modernas con apoyos tecnológicos, que desde la década de 1970 se centraron en tecnologías relacionadas con chips informáticos, microprocesadores y robótica, dando fuerza considerable al campo de la protésica mundial (39).

En consecuencia, muchos de los conocimientos que se empezaron a aplicar para el diseño de tecnologías médicas, y se podría decir, de la rehabilitación, fueron inicialmente empleados para fines de la industria militar (39). Hasta hoy, la industria militar cuenta con empresas pertenecientes al Complejo Militar Industrial, tal como lo denominó el presidente Eisenhower en Estados Unidos a finales de los años cincuenta, y que se dedican a producir tecnologías en el campo de la salud (39). Esto muestra lo que implicó el desarrollo de la industria militar alrededor de las guerras y su inevitable articulación incluso a los servicios de salud impulsados por el modelo flexneriano que promovió transformaciones en las prácticas académicas y profesionales de la medicina en todo el mundo (37). Dicho desarrollo se vinculó a la industria farmacéutica y a los servicios de salud, conduciéndolos a convertirse en el blanco del nuevo régimen de acumulación, junto a las dinámicas del sector financiero, las telecomunicaciones y la globalización económica que se fortalecería en la década de los setenta (40).

En la década de 1970 se presentaron transformaciones clave del sistema capitalista configuradas por diversos procesos sociopolíticos relacionados con la crisis del petróleo que se inició en 1973 y que presentó un salto exponencial en 1979; la derrota del movimiento obrero y, con él, del horizonte de posibilidad socialista a gran escala; la nueva revolución tecnológica y el despegue tecnológico; el agotamiento de los Estados de Bienestar que para el caso de Latinoamérica vino acompañado de una ola de golpes militares; el endeudamiento público a partir de políticas estructurales emitidas por organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en Latinoamérica; la apertura irrestricta de importaciones y relaciones económicas a escala global; la consolidación de condiciones para negocios especulativos; y por otro lado, el impulso que tuvo la bancocracia y el papel de los Estados como garantes del negocio de los bancos que trajeron consigo desigualdades sociales, inequidades y pobreza estructural (31,41,42).

A la luz de estas transformaciones han emergido diferentes interpretaciones y explicaciones. Una de ellas es la que expone profundos cambios globales de la mano de las dinámicas de la financiarización¹ que muestra cómo el sector financiero se expandió a todos los sectores a escala mundial, reorganizando el sector de la salud junto con sus mercados de bienes y servicios, en el que las transformaciones técnico científicas no se hicieron esperar (31,43). Allí tuvo



un importante papel para la rehabilitación dominante la emergencia de nuevas tecnologías en rehabilitación, formas de diagnóstico, tratamientos terapéuticos y otros procesos de intervención rehabilitadores que terminaron articulados a los intereses capitalistas, característicos de ese nuevo ciclo del capital que extrae ganancia financiera de la producción de bienes y servicios en los mercados globales de la salud (38).

De otro lado, tal como los teóricos del capitalismo informacional o cognitivo (CC) lo afirman, en estas transformaciones del sistema capitalista en la década de 1970, el conocimiento y la vida entraron a ocupar un lugar central en los procesos de valoración y acumulación de capital y de los procesos productivos que se empezaron a acrecentar con la “globalización” (44). En este sentido, se configuraron nuevos frentes de acumulación que se reflejan en la fuerte expansión de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (Tics), la internet, las redes sociales, las patentes, los derechos de propiedad intelectual y los bienes informacionales, etc. (45), que no son ajenos al campo de la salud y, en particular, de la rehabilitación en salud. El punto es que tanto la perspectiva de la financiarización como la del CC dialogan frente a la ruptura histórica entre el capitalismo industrial y el nuevo ciclo del capital que rentabiliza alrededor de la vida en todo su sentido de ser, pero que a la vez muestra, cómo el sector financiero se superpuso de manera dominante a lo productivo en el campo de la salud (44). Es por eso que tanto la financiarización como el CC en salud se convirtieron en pilares centrales que sostienen el complejo médico industrial y financiero (CMIF) en el campo de la salud y de la rehabilitación humana como respuesta a la discapacidad.

La internet y las redes sociales (Facebook, twitter, etc.) en el escenario de la rehabilitación humana, por ejemplo, se han perfilado como medios propicios para favorecer intereses de la industria de bienes y servicios (tecnologías para la rehabilitación, prótesis, órtesis, servicios de rehabilitación, etc.), que se esconden detrás del desorden, de la discapacidad o de la enfermedad como foco para la extracción de riqueza y rentabilidad privada (46). Allí las plataformas, las páginas web y las redes sociales permiten a la industria de la rehabilitación llegar a los pacientes para instar bajo el discurso de la investigación, el desarrollo y la innovación (I+D+i), al consumo de bienes y servicios en rehabilitación. No obstante y a la par, a través de estos mismos medios con los que se hace publicidad directa al consumidor, también subsumen a los pacientes en las dinámicas de la información digital, capturando grandes volúmenes de datos e información provenientes de las experiencias de ellos para ser empleados en función del mercado de bienes y servicios en el mundo (47).

En todo caso, el desorden, la deficiencia o la enfermedad juegan un papel clave en las dinámicas del CMIF en el marco del CC en Salud. Dentro de la literatura próxima a la economía política crítica ya se ha documentado al respecto, lo que permite poner en evidencia tal afirmación. Iriarte e Iglesias (48), por ejemplo, denuncian incrementos disparados en diagnósticos y tratamientos de niños con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en Latinoamérica a partir del año 2000, lo cual muestra una fuerte relación con las estrategias del CMIF en función del mercado en las sociedades capitalistas. Por supuesto, allí entran los profesionales de la rehabilitación quienes son también actores del CMIF en el marco del CC en salud,

actuando como potenciales inductores al consumo y creadores de nuevas subjetividades en los consumidores a partir de la enfermedad (49). En concordancia, estudios realizados como el de la colombiana Salamanca y publicado en 2010, confirma la importante participación de profesionales de la rehabilitación (fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional), profundamente articulados a los tratamientos de niños que además vienen siendo medicados con fármacos especializados (50). Son profesionales que parten del rótulo de la enfermedad tal como lo piden los manuales médicos y las clasificaciones promovidas por la misma Organización Mundial de la Salud (OMS), entre ellas la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), muy empleadas por cierto en el campo de la rehabilitación humana. La CIF por ejemplo, es una clasificación que actualmente domina el campo de la rehabilitación a escala global y es reproducida desafortadamente en las políticas públicas garantizadas por el Estado para la atención en rehabilitación en los sistemas de salud (1). No obstante, la acción e intervención del Estado hacen parte del mecanismo básico en las lógicas de acumulación del modo de producción capitalista (51). La mayoría de las políticas en rehabilitación favorecidas por el Estado, están puestas y pensadas en las dinámicas de la globalización financiera y en las lógicas de acumulación, cuyos resultados no han favorecido la vida de los individuos, pero sí los intereses de las potencias económicas capitalistas para afianzar y radicalizar su poder y dominancia sobre sujetos, territorios, clases sociales, trabajo, necesidades humanas, etc. (42).

En últimas, el Estado ha tenido una profunda injerencia en diferentes escenarios, acciones, prácticas, discursos y políticas de la rehabilitación, que han dominado las relaciones sociales y han operado decisivamente en la producción y reproducción de sentidos (51,52). Además de tener un papel crucial en la forma como están estructurados los sistemas de sanitarios en el mundo, en el diseño e implementación de políticas públicas en los diferentes países y regiones del planeta, en la forma como se encuentran distribuidos los recursos y el poder, y en la manera como se programa y explota a los profesionales de la rehabilitación. De igual manera, se perfila como un claro agente central articulado al CMIF en el marco del CC en salud, que garantiza la seguridad jurídica de la acumulación a través de nuevos frentes como las patentes y los derechos de propiedad intelectual(45,32).

Las dinámicas de las patentes y de los derechos de propiedad intelectual (DPI) que se configuran entonces como nuevos frentes de acumulación característicos del CC en salud y sus formas como operan en el campo de la rehabilitación, es todo un asunto que está por investigarse y que requiere ser explorado a profundidad. No obstante, es posible que alrededor de estos frentes de acumulación se valore cada vez más la vida humana como un privilegio para las clases dominantes que terminan deteriorando y devaluando a los sujetos de las clases dominadas, hasta el punto que muchos de ellos son expulsados o excluidos del sistema (51). Muchos cuerpos subsumidos en las dinámicas de la invalidación productivista de los individuos con “discapacidad” se han convertido en un fenómeno del común, muy funcional a la mercantilización del trabajo (53). Los individuos considerados poco productivos, no



resultan ser rentables para el sistema capitalista porque no logran ser explotados como el sistema lo demanda, ni tampoco generan producción de valor ni plusvalor por su trabajo material e inmaterial, más allá de la misma producción física; por ende, son cuerpos excluidos y a la vez negados para la misma lógica de la rehabilitación dominante porque no logran ser rehabilitados en la medida que su vida queda desvalorizada al no acceder a procesos rehabilitadores controlados por clases dominantes y capitalistas.

Porque para que un cuerpo “deficiente” sea rehabilitado en la lógica del modelo medicalizador, es necesario pasarlo por el consumo de tecnologías de la rehabilitación muchas de ellas altamente valorizadas y de difícil acceso; así como a otros procesos terapéuticos financiados con recursos públicos o privados para pobres, que determinan hasta qué punto el individuo es apto para ser explotado, o si definitivamente queda completamente excluido del sistema (51,54). En concordancia, la rehabilitación dominante favorecida por las dinámicas del CMIF en el marco del CC en salud, ha venido configurando formas de valorizar la vida y el cuerpo de los sujetos “rehabilitados” en las sociedades capitalistas. Por tanto, son valorizados aquellos sujetos que no solo logran superar una discapacidad con artificios inteligentes insertados o implantados en su cuerpo, sino que de hecho superan la “norma” o a los “sujetos normales” al potenciar sus habilidades físicas e intelectuales que los convierten en súper hombres y con mayores posibilidades de mantenerse dentro del sistema, a diferencia de todos aquellos que no logran ser rehabilitados de la misma manera (33,34).

Conclusiones

Se avecinan grandes retos en el escenario de la rehabilitación y convocan desde ahora a múltiples actores y sectores para afrontarlos, en pro de la transformación de la concepción y las prácticas tanto académicas como profesionales, que hasta hoy han dominado en el campo de la salud, y que permanecen situadas sobre la enfermedad como puerta de entrada a las dinámicas de la acumulación capitalista (56,57). En este sentido, es fundamental movilizar socialmente la decolonización del pensamiento dominante en el campo de la salud, de tal manera que se dé cabida a diálogos de otros saberes y formas alternativas de pensamiento, como el pensamiento crítico latinoamericano, que permita hacer un llamado a la reflexión y la toma de conciencia frente a la importancia de masificar las luchas y resistencias al modelo medicalizador de la vida, impuesto en la rehabilitación dominante y garantizado por el Estado.

En este proceso, la academia tiene un papel crucial en desarrollar propuestas alternativas que respalden los intereses del común y no de la propiedad privada ni de beneficios rentistas para unos pocos. Esta apuesta implica, incluso considerar en promover la investigación desde el pensamiento crítico que dé cuenta de las reales problemáticas que afectan la salud, el bienestar, la vida y el buen vivir de la gente; y a la vez, dé apertura a distintos senderos para abordarlas y para construir una visión de rehabilitación sin el objetivo lucrativo y explotador del cuerpo humano. En concordancia, surge también la necesidad de transformar las prácticas en la formación del talento humano en la rehabilitación, que no reproduzca lo que impone el modelo medicalizador-rehabilitador de la mano de las lógicas globales del capitalismo, sino que se distancie de allí. Esto implica grandes desafíos para la academia, como la disidencia de prácticas fundamentadas

en la operativización, la mecanización y en la tecnocracia que también han imperado hasta hoy, y que han sido completamente funcionales al CMIF y al CC en salud.

En definitiva, dentro de estas nuevas alternativas en la rehabilitación, es urgente reivindicar la vida, la salud, los derechos humanos, los territorios y el buen vivir de la gente en todo su sentido y significado. Esto invita hacia el reconocimiento de las colectividades, de sus identidades, sus formas de vivir, enfermar y morir en sus territorios, sus diferencias, sus prácticas, conocimientos, saberes y culturas, etc. que históricamente han sido negadas y violentadas por el mundo occidental; pero a la vez, que han sido normalizadas por las dinámicas de la biomedicina en toda su extensión. En este sentido, son grandes los desafíos que también convocan a continuar investigando y explorando con mayor profundidad en esta construcción que tiene todo por hacer, de cara al futuro de la salud y de la rehabilitación humana en el mundo.

Agradecimientos

Agradecimiento especial al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) que ha financiado a través de la convocatoria nacional 727 de 2015, el proyecto de investigación titulado “Dinámicas del Complejo Médico Industrial y Financiero en la Rehabilitación Física en Colombia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (1993-2015): el caso de las prótesis auditivas”, con código QUIPU: 39869, proyecto del cual se deriva este artículo.

Referencias

1. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF IMSERSO. Madrid; 2001. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
2. Venturiello P. ¿Qué significa atravesar un proceso de rehabilitación? Dimensiones culturales y sociales en las experiencias de los adultos con discapacidad motriz del Gran Buenos Aires. *Revista Katálysis*. 2014;17(2): 185-195. <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0185.pdf>
3. Tittanegro G. Aspectos filosóficos da reabilitação. *O Mundo da Saúde*. 2006;30(1): 20-25. https://www.academia.edu/844669/Aspectos_filos%C3%B3ficos_da_reabilita%C3%A7%C3%A3o
4. Barnes C. A brief history of discrimination and disabled people. In: Barnes C. (ed.) *Disabled people in Britain and discrimination: A case for anti-discrimination legislation*; 1991. p.11-26.
5. Brogna P. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México DF: FCE; 2009.
6. Buitrago MT. *Discapacidades peregrinas: construcciones sociales de la discapacidad en Colombia: Aportes para salud pública la desde una perspectiva crítica*. Tesis Doctoral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.



7. Fierro A. Epistemología moderna y ciencias sociales. Un análisis crítico de Charles Taylor. *Pensamiento y cultura*. 2008;11(2): 281-301. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=70111552004>
8. Fernández N. La historia de la medicina y de la enfermedad: metáforas del cuerpo y de las instituciones. De la edad media al siglo XIX. *Thémata. Revista de Filosofía*. 2012;(45): 109-117. <https://dx.doi.org/10.12795/themata>
9. Federici S. El Gran Calibán. La lucha contra el cuerpo rebelde. In: Federici S. (ed.) *Calibán y la Bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2004. p.179-218.
10. Almeida M, Angelino C, Angelino A, Kipen E, Lipschitz A, Priolo M, et al. Discapacidad e Ideología de la normalidad. *Desnaturalizar el déficit*. 1ª ed. Buenos Aires: Noveduc; 2009.
11. Alpiner J, McCarthy P. *Rehabilitative Audiology. Children and adults* Butler J (eds.) Estados Unidos: Lippincot Williams & Wilkins; 1987.
12. Sotelano F. History of rehabilitation in Latin America. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(4): 368-373. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823caf4a>
13. Kipen E, Lipschitz A. Demasiado cuerpo. In: *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc Libros; 2009. p.117-132.
14. Diniz D, Barbosa L, Dos Santos W. Disability, human rights and justice. *Sur, Rev Int derechos human*. 2009;6(11): 60-71. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>
15. Gargantilla P. *Breve historia de la medicina* Madrid: Ediciones Nowtilus, S.L.; 2011.
16. Lindberg D. *Los inicios de la ciencia Occidental. La tradición científica europea en el contexto filosófico, religioso e institucional (desde 600 aC hasta 1450)* Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós Iberica S.A.; 2002.
17. Estrada E. Ciencia Moderna, impactos culturales. *Pensamiento humanista*. 2011;(8): 63-77. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/PensamientoHumanista/article/view/1652>
18. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 1997;2(1-2): 5-20. <http://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>
19. Preciado B. *Testo Yonqui* Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A.; 2008.
20. Hernández J, Salgado S. *El racionalismo de descartes: la preocupación por el método*. Duererías/ Cuadernos de filosofía; 2011.
21. Águila AM. *El debate médico en torno a la rehabilitación en España (1949-1969)*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
22. Moreno M. Pistas para el diálogo entre salud pública y discapacidad: hacia una comprensión de la evolución del concepto de discapacidad. In: *Franco Pública DeS. Salud Pública y Discapacidad*. Bogotá D.C.; 2008. p.49-81.
23. Foucault M. *Los anormales: curso en el College de France, 1974-1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000.

24. Luna-Fabritius A. El Hombre Máquina Cartesiano: ¿hacia una ciencia del hombre perfectible? Istor. Revista Internacional de Historia. 2010;44. <http://www.istor.cide.edu/revistaNo44.html>.
25. La Mettrie. El hombre Máquina. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1961.
26. Lazzarato M. Gobernar a través de la deuda. Tecnologías de poder del capitalismo neoliberal. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2015.
27. Buitrago MT, Bernal W. Reflexiones sobre las comprensiones de la discapacidad y la sociedad desde una perspectiva del aula. Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2013;15(1): 65-83. <http://D:/PUJ/RGPS/Anteriores%20mls/6026-Texto%20del%20art%C3%ADculo-23372-1-10-20130814.pdf>
28. Vallejos I. La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. In: Almeida M et al. Discapacidad e ideología de la normalidad. Denaturalizar el déficit. Buenos Aires: Noveduc Libros; 2009. p.95-115.
29. Fernández A. El cuerpo del miedo o el hombre máquina. Revista de humanidades y ciencias sociales. 2010;7: 50-56. <https://elgeniomaligno.eu/el-cuerpo-del-miedo-o-el-hombre-maquina-antonio-fernandez-montoya/>
30. Abadía C, Gongora A, Melo M, Platarrueda C. Salud, normalización y capitalismo en Colombia Bogotá D.C.: Editorial de la Universidad Nacional de Colombia; 2013.
31. Harvey D. El “nuevo” imperialismo: acumulación por desposesión. Socialist Register. 2004. p.98-129.
32. Míguez P. Del General Intellect a las tesis del “capitalismo cognitivo”: aportes para el estudio del capitalismo del siglo XXI. Bajo el Volcán. 2013;13(21): 27-57. <https://www.redalyc.org/pdf/286/28600301.pdf>
33. Rose N. Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. 1st ed. La Plata: UNIPE: Editorial Universitaria; 2012.
34. Palmeniri E. Robótica y derecho: sugerencias, confluencias, evoluciones en el marco de una investigación europea. Revista de Derecho Privado. 2017;(32): 53-97. <http://dx.doi.org/10.18601/01234366.n32.03>
35. Haraway D. A Cyborg manifesto: Science, technology, and socialist feminism in the late twentieth century. In: Simians, cyborgs and women: The reinvention of nature. New York: FA Books; 1991. p.149-181.
36. Technologies SH. Livio Al. Primer audífono que tiene sensores integrados e inteligencia artificial; 2020. <https://www.starkey.com.co/aparatos-auditivos/tecnologia/audifonos-livio-con-inteligencia-artificial>
37. Eslava JC, Saénz M, Roncancio T, Roncancio E. Estado del arte sobre el Complejo Médico Industrial. Documento de trabajo del grupo de investigación GESSPS. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
38. Castro Orellana R. Capitalismo y Medicina: los usos políticos de la salud. Cienc Politi. 2009;7: 7-25. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/16250>



39. Feo Istúriz O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciênc. Saúde Colet.* 2002;8(4): 887-896. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200300040011>.
40. Hernández M. Prólogo. In: Ramírez Hita S. Cuando la enfermedad se silencia: Sida y toxicidad en el oriente boliviano. Tarragona: Publicaciones URV; 2016.
41. Lapavitsas C. Financiarización o la búsqueda de beneficios en la esfera de la circulación. *Ekonomiaz.* 2009;72: 98-119. https://marxismocritico.files.wordpress.com/2012/01/e28098financiarizacic3b3n_o-la-bc3basqueda-de-beneficios-en-la-esfera-de-la-circulacic3b3n.pdf
42. Rojas M. Globalización financiera, despojo y radicalización de la dominación capitalista. Alvarez L (ed.) México D.F.: Editorial Driada; 2008.
43. Arrizabalo X. El imperialismo, los límites del capitalismo y la crisis actual como encrucijada histórica. In XIII Jornadas de Economía Crítica. Los costes de la crisis y alternativas en construcción. Sevilla; 2012. p.705-736.
44. Sztulwark S, Míguez P. Conocimiento y valorización en el nuevo capitalismo. *Realidad Económica.* 2012;(270): 11-32. <http://proglocode.unam.mx/system/files/Sztulwark%20Miguez%20Realidad%20Economica.pdf>
45. Zukerfeld M. El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo. Argumentos. *Revista Crítica Social.* 2008;9: 1-25. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/862>
46. Waitzkin H. Medicina y salud pública al final del imperio. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Historia de la Medicina; 2013.
47. Mavrakis N. Una mirada crítica sobre la internet. *La Nación*; 2016, 17 de julio. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/una-mirada-critica-sobre-internet-nid1918818>
48. Iriart C, Iglesias L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interfase.* 2012;16(43): 1011-1023. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000050>.
49. Iriart C. Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención; 2014. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_medicalizacion__2016_.pdf.
50. Salamanca L. Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH a nivel escolar. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia.* 2010;8(2): 1117-1129. https://psicologia.uv.cl/sitio/images/secciones/publicaciones/2010_salamanca_cuestionario.pdf
51. Abadía C, Melo M. Repensar la Salud desde una academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014;13(27): 41-57. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.rsd>
52. Rosato A, Angelino A, Almeida M, Angelino C, Kippen E, Sánchez C et al. El papel de la ideología de la normalidad en la producción de la discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología.* 2009;(39): 87-105. <https://www.redalyc.org/pdf/145/14512426004.pdf>

53. Mladenov T. From state socialist to neoliberal productivism: disability policy and invalidation of disabled people in the postsocialist region. *J Critical Sociology*. 2015;43(7-8): 1109-1123. <https://doi.org/10.1177/0896920515595843>
54. Ardila A. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tesis Doctoral. Doctorado en Salud Pública. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia, 2016.
55. Joly E. Discapacidad y empleo: por el derecho a ser explotados. In: *Le Monde Diplomatique (El Dipló)*. Edición Cono Sur; 2008. p.34-36.
56. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico Buenos Aires: Siglo XXI Argentina editores SA; 1971.
57. Arango J, Correa Y, Méndez J. Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Rev Fac Med*. 2018; 66(3): 375-383. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>

notas

* Artículo de investigación.

- 1 Entendida como un complejo proceso económico y social que ha surgido a lo largo de las últimas décadas, donde al haber un estancamiento en la esfera de producción se dio un fortalecimiento en la esfera de la circulación, que fue donde finalmente el capital terminó alojándose. La financiarización se debe a los cambios en las fuerzas productivas, combinadas con la transformación del marco institucional y legal de la acumulación capitalista en años recientes, representando un cambio en el equilibrio entre las esferas de producción y circulación (41).

