



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA:**

**La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: Sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad.**

**AUTORA:**

**Josse Sion, Karen Verónica**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
Psicóloga Clínica**

**TUTOR:**

**Aguirre Panta, David**

**Guayaquil, Ecuador**

**14 de febrero del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA CIENCIAS Y LETRAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Josse Sion, Karen Verónica**, como requerimiento para la obtención del título de **Psicóloga Clínica**.

TUTOR

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. David Aguirre Panta, PhD**

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Mariana Estacio Campoverde, Mgs.**

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Josse Sion, Karen Verónica**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: Sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad**, previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Josse Sion Karen Verónica**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## AUTORIZACIÓN

Yo, **Josse Sion, Karen Verónica**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: Sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

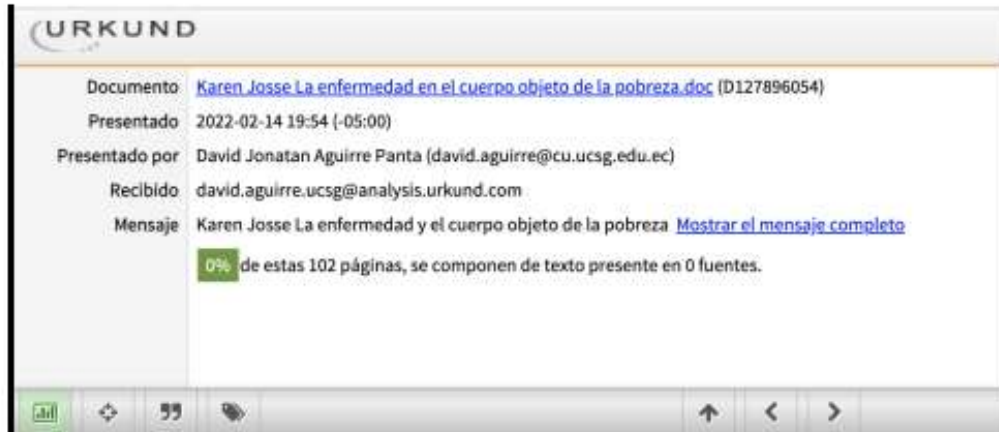
**Guayaquil, a los 14 del mes de febrero del año 2022**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Josse Sion Karen Verónica**

## REPORTE DE URKUND

### INFORME DE URKUND



The screenshot shows the URKUND interface with the following details:

- Documento:** [Karen Josse La enfermedad en el cuerpo objeto de la pobreza.doc](#) (D127896054)
- Presentado:** 2022-02-14 19:54 (-05:00)
- Presentado por:** David Jonatan Aguirre Panta (david.aguirre@cu.ucsg.edu.ec)
- Recibido:** david.aguirre.ucsg@analysis.orkund.com
- Mensaje:** Karen Josse La enfermedad y el cuerpo objeto de la pobreza [Mostrar el mensaje completo](#)

A green progress bar indicates **0%** de estas 102 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA:** La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: Sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad.

**ESTUDIANTE:**

Josse Sion Karen Verónica

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME ELABORADO POR:**



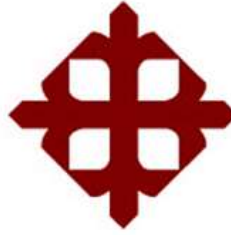
Psic. Cl. David Aguirre Panta. Phd.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres por su inmenso amor;  
Y agradezco a todos los que siempre han estado allí,  
Pues a través de ellos he podido entender lo precioso de vivir una vida  
desde la justicia, la dignidad y la ética.

## **DEDICATORIA**

Dedicado a los niños y niñas víctimas de violencia.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Rodolfo Rojas Betancourt, Mgs.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo, Mgs.**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_  
**Psic. Cl. Álvaro Rendón Chasí, Mgs.**  
OPONENTE



# ÍNDICE

RESUMEN .....	XII
ABSTRACT .....	XIII
INTRODUCCIÓN .....	2
Justificación.....	5
Planteamiento del problema de investigación .....	7
Formulación del problema de investigación .....	7
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos .....	8
MARCO TEÓRICO .....	9
Conceptos preliminares.....	9
Posmodernidad.....	9
Pobreza .....	9
Los cuatro discursos de Lacan .....	11
El Discurso del Amo .....	12
El Discurso Universitario.....	12
El Discurso de la Histérica .....	13
El Discurso del Analista .....	14
El Discurso Capitalista .....	15
Los Discursos de Lacan desde la Teoría Política .....	16
Capítulo 1: la enfermedad desde el discurso médico-científico del capitalismo. ....	18
Breve Historia del Pathos: De la Physis griega a la posmodernidad ....	18

El discurso médico-científico de la posmodernidad.....	29
La máquina tecno-capitalista .....	29
Medicina Posmoderna .....	34
Capítulo 2: Biopolítica: Cómo gobernar los cuerpos de la pobreza.....	37
Biopolítica y el poder soberano.....	37
Homo Sacer: la nuda vida.....	40
El hombre posmoderno de la necropolítica: la biopolítica desde la muerte.....	42
Biopolítica de los cuerpos pobres: cómo gobernar la excepción .....	47
Lo abyecto y lo sucio: los cuerpos violentados de la marginalidad.....	53
Breve historia del Ecuador: nacimiento, pobreza y Revolución .....	59
Sistema de Salud del Ecuador.....	62
Capítulo 3: El cuerpo en psicoanálisis.....	64
El cuerpo desde Freud .....	64
El cuerpo desde Lacan .....	66
Cuerpo y violencia .....	69
La enfermedad en el cuerpo .....	72
METODOLOGÍA.....	75
Análisis de las entrevistas.....	81
Resultados de las entrevistas en función de las variables de investigación .....	115
El psicoanálisis como rescate del cuerpo-sujeto olvidado de la enfermedad: análisis del caso K.....	117
Historia del caso .....	117

Consideraciones preliminares.....	121
El Ecuador de la posmodernidad: La Revolución Ciudadana y el Mito de Tótem y Tabú.....	122
Tecnología de la materia orgánica: El cuerpo reducido a cifra .....	129
Sobre la ética del cuerpo: curar el abuso de curar .....	135
CONCLUSIONES.....	139
RECOMENDACIONES .....	141
REFERENCIAS.....	143
ANEXOS .....	147

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la manera en la que el discurso médico-científico de la posmodernidad invisibiliza el sufrimiento subjetivo provocado por la enfermedad y los efectos que esto tiene en el cuerpo del sujeto que vive en la pobreza. Para ello se utiliza una extensa revisión bibliográfica desde la teoría psicoanalítica, así como desde la filosofía y, en menor medida, las ciencias sociales. Posteriormente, se procede a realizar una serie de cinco entrevistas al personal médico y a madre de pacientes de un hospital público de la ciudad para contextualizar el tema y, posteriormente, se procede a un análisis clínico que permite mostrar a cabalidad la problemática. Como resultado se concluye que el cuerpo del sujeto que vive en pobreza se ve determinantemente afectado por el trato inhumano que se le da, a causa de la ausencia de un simbólico que le otorgue un lugar en la sociedad, lo cual se ve exacerbado por el imperativo de goce de la posmodernidad, y la deshumanización de una medicina que se ha convertido en pura técnica.

**Palabras clave:** cuerpo, enfermedad, pobreza, ciencia, medicina, posmodernidad, violencia, biopolítica.

## ABSTRACT

This paper aims to analyze the way in which the medical-scientific discourse of postmodernity makes the subjective suffering caused by disease invisible and the effects that this has on the body of the subject living in poverty. To do this, an extensive bibliographic review is used from psychoanalytic theory, as well as from philosophy and, to a lesser extent, the social sciences. Subsequently, a series of five interviews are carried out with medical personnel and mothers of patients in a public hospital in the city to contextualize the subject and, subsequently, a clinical analysis is carried out that allows the problem to be fully shown. As a result, it is concluded that the body of the subject living in poverty is decisively affected by the inhuman treatment given to it, due to the absence of a symbol that grants it a place in society, which is exacerbated. By the imperative of enjoyment of postmodernity, and the dehumanization of a medicine that has become pure technique.

**Key words:** body, disease, poverty, science, medicine, postmodernity, violence, biopolitics.

## INTRODUCCIÓN

Ecuador está sumido en la violencia. Los cuestionamientos hacia las leyes ejercidas endeblemente sobre los perpetradores de los crímenes son permanentes pero silenciosos, en tanto parecen no surtir ningún efecto en un orden social que se ha establecido sobre la exclusión desde su fundación como Estado. Los excluidos, con quienes los ciudadanos cobijados por el poder soberano parecen asociarse únicamente a través de actos de altruismo o por medio de pequeños intercambios comerciales, forman parte de la sociedad tan solo en su condición de extimidad. Y es que de los males que aquejan a la pobreza, mucho se escucha pero poco se sabe.

Es así como las desigualdades son reconocidas por la mayoría como algo natural, hasta llegar a ser asumidas como una muestra del folclor nacional y de la pintoresca cultura del país. Lo cierto es que en aquellos barrios que desaparecen en el mapa y que delimitan el acceso a la muerte, la violencia toma presos a los cuerpos de sujetos a los que se les ha arrancado la dignidad, quedando reducidos a un estatuto de objeto que los precipita a vivir lo más cercano a su condición biológica de reproducción. Por lo tanto, su sufrimiento como sujetos queda suspendido en un estado de excepción permanente, que los vuelve aún más vulnerables al momento en que una enfermedad se hace presente en sus cuerpos.

Además, si se toman en cuenta las vicisitudes de una época en la que todo parece estar sujeto a la banalización y al consumo, se puede empezar a dilucidar los particulares modos de sufrimiento en aquellos a los que el Discurso Capitalista les asegura constantemente su condición de objeto, empujándolos a través de un imperativo de goce permanente a consumir mercancías a las que difícilmente pueden acceder. De este modo, lo que el rechazo y la incapacidad de ligarse al discurso social imperante provocan, es la invasión de una violencia que toma diversas presentaciones y que los ataca desde diversos frentes. Uno de ellos proviene, precisamente, del lugar que debería brindarles los cuidados directos a un sujeto que sufre no solo por la enfermedad, sino por el desamparo: la medicina.

De este modo, lo que se plantea con el presente trabajo es analizar el modo en que el discurso médico-científico de la posmodernidad invisibiliza el sufrimiento subjetivo provocado por la enfermedad en un contexto de pobreza y el efecto que esto tiene particularmente sobre los cuerpos. Para ello es indispensable poder tomarse el tiempo de comprender, primeramente, de qué se trata la enfermedad en el discurso médico-científico del capitalismo de la posmodernidad, para luego ubicar de qué se habla cuando se habla de cuerpo posmoderno, y poder finalmente así determinar cuál es el cuerpo de la pobreza que padece la enfermedad en el contexto de la realidad sociopolítica del Ecuador de la posmodernidad.

Cabe puntualizar, que si bien se realiza un recorrido teórico en torno a los diversos ejes a tratar, el foco de interés se encuentra especialmente en el cuerpo del sujeto que vive desde la pobreza y cómo se subjetiviza la enfermedad, puesto que a través del relato de un caso se busca poder dignificar nuevamente a sujetos que han visto invisibilizado su sufrimiento. Para esto será menester valerse del análisis del discurso de uno de los casos de maltrato infantil más sonados en las últimas décadas del país, el cual fue tratado desde la ética de la clínica psicoanalítica para la ejemplificación del silencio y la voluntad de deseo. Mas no se hace únicamente para analizar al sujeto que padeció el maltrato, sino para analizar la estructura sociopolítica, económica y el sistema de salud que la acompaña, y cómo estos propician la aparición y la cosificación de estos cuerpos que enferman como consecuencia de la pobreza. Es pues, antes que nada, un análisis institucional, el cual también estará acompañado por entrevistas a profesionales que trabajan en el hospital en donde se trató el caso.

Queda claro que al ser un trabajo que al tratar con distintos ejes, deberá utilizar diversas fuentes que no pertenecen únicamente a la teoría psicoanalítica, si bien esta es la que más peso tiene al analizar el caso y el concepto de cuerpo. En consecuencia, es de igual importancia que se utilicen textos de filosofía que permitan ubicar ciertos conceptos que giran en torno a la biopolítica y al control de los cuerpos, así como algunos de

sociología y ciencias políticas que den cuenta de los entramados de la posmodernidad y la realidad sociocultural del Ecuador.

Por el momento se puede establecer, que para poder dignificar a un sujeto que ha sido convertido en un objeto mercantilizable a partir del Discurso Capitalista de la posmodernidad, se propone pensar el cuerpo más allá de su estatuto biológico, alejado del órgano y de la célula, o bien de las miles de conexiones neuronales o de la información genética del sujeto. Se propone pensar al cuerpo desde el psicoanálisis como un cuerpo afectado por la palabra, en cuerpo que es simbólico, imaginario y real. Vetere (2009), en su escrito *¿Qué es el cuerpo para el psicoanálisis?* explica:

Para el psicoanálisis el cuerpo se distingue radicalmente del organismo. Se trata de un cuerpo hecho de palabra, constituido en la relación del sujeto con el Otro y habitado por la castración. Cuenta además con múltiples dimensiones. Cuerpo hablado y que habla, cuerpo representado por imágenes, cuerpo que siente dolor, placer y otros afectos, que goza y es gozado. (...) El nudo borromeo, a través del particular anudamiento de lo simbólico, lo imaginario y lo real, escribe en la estructura -cabe aclarar, ya constituida- la articulación entre el cuerpo simbólico, el cuerpo imaginario y el cuerpo real. Como no hay estructura del ser hablante sin tres, el cuerpo entonces es, en principio, el anudamiento de tres cuerpos. (p.359)

De este modo, a partir del presente trabajo se busca la visibilización de los efectos que el imperativo de goce tiene de manera particular en sujetos a los cuales se los ha despojado históricamente del derecho sobre su cuerpo desde la instauración de Ecuador como República, lo cual resuena hoy con los postulados posmodernos del Discurso Capitalista. Alemán (2009) indica, que “el Discurso Capitalista, como en su día en los totalitarismos modernos, se encuentra en una forma implícita de proyecto de producir un sujeto nuevo, sin legado histórico ni herencia simbólica.” (p.350)

Por ello es entonces necesario plantear la existencia de los sujetos de la pobreza a partir de su historia, su lugar actual en la sociedad, y sus particulares modos de sufrir la enfermedad en el cuerpo. Sin más, se da inicio a la teoría y los conceptos que darán paso al análisis final del caso planteado, desde el cual se pretende contar la historia de miles de sujetos que han sido olvidados.



## Justificación

Este trabajo nace a raíz de la experiencia vivida en un hospital público de Ecuador. A través de ella, se pudo vislumbrar los entretrejos jerárquicos de una sociedad que está completamente tomada por la violencia, y que de manera natural, excluye a aquellos a quienes la falta de compromiso social y político de sus gobernantes afecta de mayor forma. Los modos de vivir la pobreza son conocidos únicamente por quienes la sufren, y a pesar de ser la mayoría de la población la afectada por una exclusión que no perdona, a los oídos y a los ojos de quienes no escuchan y no ven, esto no es otra cosa sino un reflejo de su propia falta de educación y valores.

Sin embargo, en un contexto de posmodernidad que empuja constantemente al sujeto a gozar de todo a su alrededor, qué otros efectos podrían esperarse en sujetos que no tienen acceso a los bienes y recursos sociales destinados para unos pocos. Especialmente hoy, donde la Ley del Padre ha sido reemplazada por la Ley del Consumo, cómo no esperar que los sujetos manifiesten en lo real de su carne los efectos nocivos de no tener historia pasada o futura, al estar desprovistos de oportunidades y sumidos en un permanente real de la muerte que les pisa siempre los talones. Y aún a pesar de que se pueda tener una ligera noción de lo que padecen estas personas, cuando se entabla una relación terapéutica, se debe poder tener la ética suficiente para no caer en altruismos ni actos piadosos. Cañizares, Mena & Barquet (2015) señalan:

(...) el sistema de salud del Ecuador no logra aún alcanzar plenamente objetivos sanitarios que impacten en la mejora de la calidad y atención de salud. No es suficiente el aumento del número de consultas médicas, estas deben reflejarse en un impacto real para la población. (...) También persisten barreras de acceso a la atención integral, y oportuna de la salud así como limitada protección financiera que se refleja en que aproximadamente la mitad del presupuesto en salud de los hogares ecuatorianos es destinada exclusivamente a medicamentos, siendo las familias más pobres, las mayormente afectadas. (p.202)

De este modo, con este trabajo se realiza un análisis que pretende ayudar a rescatar una ética de la palabra que pueda alojar a un sujeto devenido objeto, a causa de la estragante realidad social que lo incluye rechazándolo.

Se trata pues, aún en los casos en los que no se realice un trabajo clínico con sujetos sumidos en la pobreza, de por lo menos estar advertidos de cuáles son las realidades sociales que no solemos ver, pero que también deberían de hacernos pregunta. Para que el día de mañana, cuando seamos testigos de una violencia cada vez más descarnada, comprendamos que todo parte de una niñez de completa carencia y olvido.

Por lo tanto, los resultados de esta investigación podrán aportar a nivel teórico ciertas ideas que ayuden a visibilizar con qué cuerpo se trata cuando se habla de pobreza, para poder propiciar una práctica clínica más ética y responsable. No solamente para aquellas personas que se encuentren trabajando bajo un marco psicoanalítico, sino para todas aquellas personas que quieran mejorar la atención que se brinda en los servicios de salud. Es pues, que desde el psicoanálisis puede desprenderse una noción de ética que guíe de mejor forma a aquellos que buscan humanizar la práctica médica. Cavalieri (2015), puntualiza lo siguiente:

El trabajo será mantener con la presencia aquellos tratamientos del sujeto para arreglárselas con lo silencioso de la repetición del goce mortífero. Desafío para el psicoanálisis que deberá vérselas en la época actual con síntomas que no hablan con el saber del inconsciente. (p. 173)

Además, también permitirá contextualizar en la realidad ecuatoriana los problemas inherentes de la posmodernidad, el Discurso Capitalista y el Discurso de la Ciencia, relacionándolos con el sistema de salud pública y la historia política ecuatoriana, lo cual brinda una visión más clara de los fenómenos que se presentan de forma particular en un país cuya Ley ya es bastante endeble. Así mismo, hacer ciertas aportaciones en torno a la enfermedad que abran una discusión sobre las formas de tratarla desde una medicina cada vez más técnica, aunado a su vez, a las condiciones de pobreza.

## **Planteamiento del problema de investigación**

El problema de la investigación gira en torno al cuerpo de la pobreza, el cual a causa de la historia sociopolítica del país y del Discurso Capitalista que impera en la era de la posmodernidad, se ha visto reducido a un simple estatuto de objeto. Si bien el imperativo de goce afecta a todos los sujetos y a sus cuerpos, en el caso de los que viven en la pobreza resulta en terribles manifestaciones de violencia, ya que al no estar ligados a la sociedad bajo las mismas condiciones, quedan por fuera de la Ley que rige lo simbólico. De esta forma, la desnutrición, la falta de educación y la insalubridad convocan a estos cuerpos a vivir la enfermedad de manera casi permanente, con la posibilidad de muerte pisando sus talones a diario. Y ahí donde deberían de ser tratados por una medicina humana, se ubica un discurso médico tomado por los principios “éticos” de la época, el cual niega por completo la condición de sujeto, obligando a aquellos que viven en la pobreza a asegurar que su lugar en la sociedad es la de un cuerpo-objeto.

## **Formulación del problema de investigación**

La pregunta general que sostiene el presente trabajo de investigación es la siguiente: ¿De qué manera el discurso médico-científico de la posmodernidad invisibiliza el sufrimiento subjetivo provocado por la enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza? De este modo, habiendo establecido el problema central de la investigación el cuerpo del sujeto que vive en la pobreza, se desprenden las siguientes preguntas: ¿Cuál es el discurso médico-científico de la posmodernidad y sus modos de tratar la enfermedad? ¿Cuál es el tratamiento que se le da al cuerpo en el contexto de la posmodernidad? ¿Cuáles son las características del cuerpo del sujeto que vive en la pobreza en el contexto sociocultural y político del Ecuador?

De este modo, desde la formulación del problema se da una apertura al estudio del cuerpo del sujeto que vive en la pobreza, así como a los tratamientos que se le da desde la medicina cuando sufre una enfermedad

en el contexto de la posmodernidad, buscando generar una discusión, así como una aportación teórica sobre la problemática desde el psicoanálisis.

### **Objetivo general**

Analizar la manera en la que el discurso médico-científico de la posmodernidad invisibiliza el sufrimiento subjetivo provocado por la enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar el discurso médico-científico de la posmodernidad y sus modos de tratar la enfermedad.
2. Definir cuál es el tratamiento que se le da al cuerpo en el contexto de la posmodernidad.
3. Determinar las características del cuerpo del sujeto que vive en la pobreza en el contexto sociocultural y político del Ecuador.

# MARCO TEÓRICO

## Conceptos preliminares

### *Posmodernidad*

La posmodernidad se articula como una descripción temporal y espacial que encierra en sí misma la desaparición de las virtudes y los valores humanos, siendo que las personas se ven empujadas a encajar en requisitos institucionales externos sin poseer motivación moral alguna de manera intrínseca. (Féher, 1994, citado por Ramírez, 2005, p.112) Hay por lo tanto, una pérdida de confianza en el ideal de progreso de la modernidad, dejando de creer en la utopía que depara futuros tiempos mejores. La enfermedad aumenta con el desarrollo de las tecnologías, contrario a los efectos que alguna vez se pensaron alcanzar con cada novedosa y moderna invención, y no existe ningún horizonte desde el cual poder emanciparse. Por lo tanto, se manifiesta una crisis de la modernidad a causa de la ruptura del historicismo, el cual era su gran fuerza legitimadora: no hay ya ningún significado o significantes por medio de los cuales se pudiese legitimar los nuevos horizontes prometedores, que no son percibidos como otra cosa que puro humo. (Ramírez, 2005, p.112)

La posmodernidad surge después de los años setenta, sin ver concretadas las grandes utopías. De este modo, solo el presente tiene sentido ante un futuro poco prometedor. La cultura no renuncia a la modernidad, pero es reducida a la construcción de principios técnicos que capturan momentáneamente la atención a causa de su novedad, y el consumo de objetos, lenguajes y signos se vuelve cada vez más rápido. (p.113) Renace así el deseo por un pluralismo cultural que ponga fin a la concepción moderna de totalidad y unidad cultural, la cual pueda dejar de lado los poderes absolutos de la modernidad. (p.114)

### *Pobreza*

La pobreza se define como un estado de privación de recursos, bienes y servicios que lleva a los individuos a vivir fuera de los estándares

establecidos y a ser excluidos de la sociedad como consecuencia de dicha privación, sin poder satisfacer el conjunto de necesidades que dignifican y dotan de igualdad al ser humano. (Stenazo, 2021, p.13) La visión de la pobreza ha sido fluctuante desde finales del siglo XIX, habiendo pasado de concebir como pobres a aquellos que no podían obtener el mínimo necesario para mantener la capacidad física y su supervivencia, hasta definir a la pobreza durante los años setenta no solo en función de la subsistencia, sino como la incapacidad de verse provisto de necesidades básicas. Estas últimas hacen alusión tanto al consumo privado (techo, electrodomésticos, alimentos, etc.), como a los servicios comunitarios esenciales (transporte público, saneamiento, agua potable, salud, educación e infraestructura cultural. (Stezano, 2021, p.13)

En el escenario del creciente dinamismo de las sociedades modernas, a finales del siglo XX se reformula el significado de pobreza para ubicarlo en función de la privación relativa. De este modo, ya no se trata únicamente de establecer parámetros de pobreza con base en estándares estáticos que buscan trazar una línea mínima requerida, sino en poder ubicarla dentro de las necesidades fluctuantes que se adaptan según la transformación social. (Stezano, 2021, p.14) Así mismo, en la actualidad el análisis de pobreza la ubica como una noción eminentemente polisémica, de manera tal que en ella coexisten once definiciones distintas que están a su vez divididas en tres tipos.

De esta forma, las de carácter material están compuestas por la limitación de recursos, la necesidad y el patrón de privaciones; las que aluden a las condiciones económicas son el nivel de vida, la desigualdad y la posición económica; finalmente, las que se refieren a las condiciones sociales son la ausencia de titularidades, la carencia de seguridad básica, la exclusión, la dependencia y la clase social. (Spicker, 2007, citado por Stezano, 2021, p.15)

En consecuencia, en la actualidad subsisten dos grandes enfoques en torno a la pobreza: la pobreza absoluta y la pobreza relativa. La primera de ellas parte del supuesto que ubica a las necesidades como independientes de la

riqueza de otros, de manera que no está definida por el contexto social sino por las necesidades físicas simples de subsistencia que no pueden ser satisfechas, sin estar de ningún modo ligadas a lo social. (p.15) Por otra parte, la pobreza relativa alude a su relación con los estándares sociales, la cual solía entenderse con el término de desigualdad. En la pobreza relativa confluyen dos elementos constitutivos: la pobreza como la insuficiencia o carestía en los servicios, las normas, las dietas y actividades comunes en la sociedad, la cual requiere que se defina cierto nivel de ingreso a nivel social para poder ser identificada; y el uso de métodos comparativos que permitan contrastar las condiciones entre los pobres y los demás miembros de la sociedad, identificando así las desventajas y los problemas de desigualdad. (pp.15-16)

### ***Los cuatro discursos de Lacan***

En el *Seminario 17. El reverso del psicoanálisis* (2006), Lacan distingue cuatro discursos que estructuran y precipitan el lazo social, utilizando como base la fenomenología hegeliana de Alexander Kojève. A partir de ella, realizará una reinterpretación de la dialéctica del Amo y Esclavo desde el psicoanálisis y el posestructuralismo, la cual queda categorizada en los siguientes discursos: en primera instancia el Discurso del Amo, el cual hace un viraje y se convierte en el Discurso Universitario o de la Ciencia; el Discurso de la Histórica que surge como un cuestionamiento al Amo, y el Discurso del Analista, caracterizado por ser el único que confronta al Discurso del Amo. Además, también añadirá una quinta modalidad del discurso, a la que denominará Discurso Capitalista.

Zizek (2009) indicará que una de las novedades encontradas en los cuatro discursos de Lacan, yace en la historicidad inscrita bajo la cual se analizan, ligando a cada uno con un período correspondiente en la historia, que va desde la Antigüedad hasta la Europa de la Modernidad más reciente. De tal manera, el Discurso del Amo corresponde al Amo antiguo de la monarquía absoluta; el Discurso Universitario el imperio de la ciencia; el Discurso

Histórico a la duda racional iniciada por Descartes y, por último, el Discurso del Analista como aquella instancia “revolucionaria-emancipadora” que se contrapone al Discurso del Amo. Cabe señalar, que cada uno nace del otro de manera consecutiva a modo de variantes, teniendo como punto de partida al Discurso del Amo.

Por otra parte, otra gran novedad se halla en el vínculo entre los discursos y el modo particular en el que cada uno administra el goce. Según Lacan (2006) “hay una relación primaria del saber con el goce” (p.17). Es pues, que el goce está directamente vinculado a la “función del surgimiento del significante” (p.17), y debido a que hay una pérdida de goce sexual con la Cosa al momento en que se instaura el orden simbólica a causa de la castración fálica, se representará como cierta pérdida la recuperación del goce desde el origen significante. (Lacan, 2006, p.17)

### ***El Discurso del Amo***

Como primer discurso, se encontrará el Discurso del Amo, el cual está asociada a la dialéctica hegeliana del Amo y el Esclavo, correspondiente al modo de dominación social de la Antigüedad. Aquí, Lacan indicará que en la propia figura del Amo está condensado el significante Amo (S1), cuyo interés radica en que “la cosa funcione”. Por otra parte, la figura del esclavo representa el S2, la cadena significante, y es a quien se atribuye un “saber hacer” en tanto “saber artesanal”. En consecuencia, se estructura el lazo social de tal manera, que se condensa en la “función enunciativa del Amo”, el cual reconoce al Esclavo, a su vez que este se siente reconocido por él (Otro). Por lo tanto, el esclavo obedece sus órdenes desde una identificación con su función de autoridad. (Lacan, 2006, pp. 19-22)

### ***El Discurso Universitario***

Como segundo discurso se encuentra el Discurso Universitario, el cual también es definido como “Discurso de la Ciencia”, estando ligado a la



Modernidad capitalista. A diferencia del Discurso del Amo, en este nuevo “giro” discursivo se extrae el saber del esclavo, de modo que el nuevo Amo se sirve de esta desposesión de saber para utilizarlo como una fuente de poder. (Lacan, 2006, p.94) Este saber-poder se convierte en una verdad absoluta, objetiva y, sobre todo, universal, lo cual sirve para justificar la sumisión del esclavo. Por este motivo, la dominación no se centra ya en la figura del Amo como S1, sino en un “todo saber” (S2), lo que Fair (2019) denominará como un “patrón que no tiene rostro” (p.204)

Con ello, se plantea que, en la Modernidad, se desplaza la figura del Amo antiguo y mítico (S1) hacia la “matemática” como representante del “saber del Amo” (S2) como ciencia. (Lacan, 2006, p. 94) Desde este discurso, se realizan los avances científicos y tecnológicos a partir del siglo XV, que progresivamente dominan a través de la enunciación, la cual se presenta como una autoridad subjetiva que posibilita la entrada al dominio político ejercido por un supuesto saber de la ciencia, que paralelamente sostiene al Amo moderno. (Lacan, 2006, pp. 167-170) Es así como se da una preponderancia de los enunciados objetivos, de modo que la autoridad del discurso se centra, sobre todo, en aquellos de orden lógico-matemático. Justamente es en esta posición donde nacen las teorías de los “economistas”, las cuales cumplen la función de velar los intereses del Amo moderno.

### ***El Discurso de la Histórica***

En tercero es el Discurso de la Histórica, el cual está vinculado a la construcción de un sujeto tachado por efecto del significante (\$), orientado hacia un Amo a causa del deseo inconsciente de saber. De esta manera, se mantiene un deseo del Otro insatisfecho permanentemente, expresando una lógica de goce que da cuenta de la imposibilidad de la universalidad, por medio de síntomas. El carácter “no-todo” de este discurso se halla en posición de mujer, independientemente del género anatómico del sujeto, lo cual propicia el desenmascaramiento de un sistema que pretende la universalidad y la objetividad. (Lacan, 2006, pp.34-35) Y a pesar de lograr

quitarle la máscara a la dominación del Amo. Laurent (1992) citado por Fair (2019) puntualiza que aun así, el sujeto histórico “instala al padre en posición de Amo” (p.35), dejando a la luz su evidente castración y solidarizándose con la función del Amo.

### ***El Discurso del Analista***

Como cuarto variación se encuentra el Discurso del Analista, desde el cual se critica las fallas que constituyen el “supuesto saber” de la ciencia, contraponiéndose a las ideas de universalización o totalidad que eran sostenidas desde la supuesta objetividad de la ciencia (Lacan, 2006, p.31) Desde aquí el sujeto *histeriza* el Discurso de la Ciencia que lo lleva a aceptar el orden simbólico como la base sobre la que se erige lo social, que paralelamente está atravesado por el inconsciente, la alteridad y lo Real. Por este motivo, es imposible pretender que pueda verdaderamente existir la universalidad y la objetividad, ni nada que apunte al alcance de la felicidad plena o la complementariedad social. (Lacan, 2006, pp. 33-36)

Así mismo, Lacan (2006) hará una distinción entre el Discurso de la Histórica y el Discurso del Analista, dado que si bien ambos desenmascaran la noción de universalidad, el de la Histórica se mantiene funcional al dominio del Amo, en tanto lo que el sujeto histórico quiere es, precisamente, un Amo. (p.137) Por el contrario, el Discurso del Analista se opone al Amo, y para este, el saber absoluto es imposible, no constituye más que un fantasma. (Lacan, 2006, p. 33) De la misma forma, no abandona su vínculo con el Discurso Universitario ni con la idea de Verdad, pero con la característica de enunciar esta última desde un “medio decir”, dado que la verdad solo puede ser “medio dicha.” (Lacan, 2006, pp.36-37)

Por ende, se concibe a la verdad como “no toda”, que lleva a que el analista deba colocarse en un saber-verdad “barrado”, que propicie la reflexión del analizante sobre su inconsciente desde la “interpretación”. (Lacan, 2006, p.92) Se debe tener en claro que la conceptualización de este discurso es lo que posibilita la crítica a las formas de dominación social basadas en el Discurso Universitario, del cual cuestiona tanto la supuesta objetividad

científica del saber, como su intento por ocupar el lugar de dominio del Amo antiguo (Padre-líder). (Lacan, 2006, pp. 35-36)

### ***El Discurso Capitalista***

Lacan conceptualiza un quinto y último discurso, al cual denomina “Discurso Capitalista”. Este discurso busca el empuje al consumo de “gadgets” o “letosas”, nombre que se le da a los objetos mercantiles, que están especialmente diseñados para causar el deseo de ser consumidos (Lacan, 2006, pp.174). Creados por la “sociedad de consumo” para el sujeto (esclavo), la incapacidad de acceder a ellos o el peligro de que falten, desemboca en una sensación de angustia. A la par, Lacan señalará que el dominio capitalista sobre la sociedad asienta sus bases en los factores del inconsciente y en el saber, ambos ligados al goce. Consecuentemente, este discurso cambia al modo de saber característico de la Antigüedad, dado que no solo lleva a cabo una sustracción de la plusvalía (marxista) del trabajador (esclavo), sino también del “plus de goce”, el cual solía ser de su propiedad y que ahora pasa a pertenecer al nuevo Amo (Lacan, 2006, p. 85-86).

Con esto presente, se genera un estrecho vínculo entre el dominio capitalista y la manera en que administra las fuentes de goce, recurriendo a ligar el goce con el cumplimiento de los mandatos superyoicos auspiciados por la tiranía del saber. Los imperativos (discursivos) del capitalismo constituyen una dialéctica circular del deseo, logrado por medio del consumo pulsional de “letosas”, de tal forma que el sujeto-esclavo se ve forzado a gozar de los principios culturales de la sociedad de consumo en miras de alcanzar la plenitud imaginaria prometida. (Lacan, 2006, p. 32) Todo esto desemboca en un rechazo a lo simbólico y a una negación del resto de lo Real, que imposibilita el amor y que hace desaparecer la eficacia de la función paterna; he ahí una forclusión de la castración en el campo de lo social que hace imposible el lazo. (Fair, 2019, p.208)

## ***Los Discursos de Lacan desde la Teoría Política***

En el año 2019, el Doctor en Ciencias Sociales Hernán Fair, construye una tipología de discursos políticos, basándose en la teoría de los discursos de Lacan. Señala que dichos discursos representan diversas modalidades de construcción del lazo social, que se articulan a analogías de la filosofía política para su constitución. (Fair, 2019, p.208) Así mismo, aclara que la dinámica política de los discursos que plantea, puede presentarse combinadamente y asumir formas híbridas, tal como en el caso del Discurso Capitalista de Lacan, el cual se combinó con el de la ciencia para su creación; del mismo modo, pueden presentar giros y desplazamientos históricos en sus posiciones. (Fair, 2019, p.2011)

Fair (2019) diferencia cinco discursos: Discurso Patriarcalista-Autoritario, Discurso Tecnocrático, Discurso Posmoderno, Discurso Capitalista y Discurso del Analista. Debido a que los dos últimos discursos guardan gran similitud con los estructurados a Lacan que llevan el mismo nombre, se procederá a explicar en detalle tan solo los tres primeros.

*El Discurso Patriarcalista-Autoritario:* se presenta como una reformulación contemporánea del discurso del Amo antiguo, el cual está basado en el poder arbitrario y represivo impuesto por el Padre-líder. Su dominio político se da a nivel de la enunciación de una figura paternalista que encarna de manera unaria el significante Amo (S1), y que legitima su poder por medio de una función simbólica castradora vinculada al lazo seguridad-paz/obediencia disciplinada. Este discurso posee una analogía política con el discurso hobbesiano, y puede encontrarse representado en las dictaduras militares de los años setenta en el Cono Sur, quedando ejemplificado ilustrativamente en la frase de Luis XIV “El Estado soy yo” (Fair, 2019, p. 209). Finalmente, puntualiza que estos discursos, desde la dinámica política, pueden variar en los grados de intensidad con los que se presentan.

*El Discurso Tecnocrático:* Se equipara al Discurso de la Ciencia, de manera que se sirve de la ciencia económica y de la lógica matemática para hacer valer el saber objetivo y racional, siendo utilizado como herramienta técnica

para manejar la gestión social. Desde este discurso, los enunciados científicos hacen uso de su autoridad objetivista, para legitimar su dominio político en una cadena significativa (S2) vinculada al (supuesto) conocimiento puramente técnico, administrativo y gestor de lo social; en consecuencia, el (supuesto) saber superior estructura el lazo social (Fair, 2019, p. 209)

Ejemplos de este discurso aplicados en la teoría y filosofía política moderna se pueden encontrar en el positivismo de Bacon y Leibniz; también en la economía positiva de Marshall, Menger, entre otros; en la ciencia política anglosajona de Lower y Bentley; así como en la psicología científica de Skinner y Watson. Como ejemplo político de la historia más reciente se encuentran los Chicago Boys, asesores de la dictadura de Pinochet y creadores de la escuela que soportaba el modelo económico de los diversos partidos políticos latinoamericanos en las décadas de los ochenta y los noventa (Fair, 2019, p.209-210)

*El Discurso Posmoderno*: constituye una reformulación contemporánea del Discurso de la Histórica, y está basado en la *histerización* del orden social establecido, evidenciando la imposibilidad de sus fundamentos epistemológicos, el *no-todo* del sistema. Este discurso aboga a favor de las múltiples particularidades y de las libertades individuales, buscando una primacía de los elementos subjetivos, mientras se rechaza la universalidad y la objetividad, así como las fuentes atributivas de autoridad (Fair, 2019, p. 210). Aquí, el modo de hacer lazo social está dado desde la crítica al Amo y a su estatuto de autoridad. Ejemplo de ello se encuentra en pensadores posmodernos como Deleuze y Guattari con su teoría rizomática, o bien con la *antifilosofía nihilista* de Nietzsche. (Fair, 2019, p. 210).

## **Capítulo 1: la enfermedad desde el discurso médico-científico del capitalismo.**

### ***Breve Historia del Pathos: De la Physis griega a la posmodernidad***

Para comprender el estatuto preponderante de la ciencia y la medicina en la posmodernidad es necesario conocer su historia desde los cimientos. Como punto de capitón se ubica al *Pathos*<sup>1</sup>, la enfermedad, la cual condensa el discurso médico a lo largo de los siglos, hasta encaminarlo a localizarse en un propósito final: curar y prevenir la enfermedad.

De este modo, el discurso médico-científico, el cual termina por configurarse como un símil entre la medicina y la ciencia, evita continuar deslizándose eternamente por prácticas y teorías que le signifiquen abarcar más allá de lo que sus pretensiones puedan verdaderamente alcanzar. Sin embargo, como se irá analizando con el paso del tiempo, aquello que permite delimitar a dicho discurso, será también aquello que lo lleve a inmiscuirse en la intimidad de una sociedad subyugada a un ideal de salud y bienestar casi violento. La patologización de la cotidianidad y el derecho a la salud terminan por enfermar a cuerpos que se refugian en la explicación médica y científica de su propio malestar.

Si bien existieron diversas corrientes que influenciaron la manera de definir y tratar la enfermedad en el Occidente de la posmodernidad, esta se remonta a tres grandes influencias: el naturalismo indoeuropeo, la fisiología griega y el personalismo semita. En un principio, los pueblos indoeuropeos concebían a la enfermedad a partir de una visión naturalista del mundo, que no estaba desvinculada de la supuesta existencia de una divinidad; por lo que se le atribuía la cualidad de realización divina a los seres que lo habitaban. Dejando atrás la concepción mágica de estos pueblos, los cuales carecían de una técnica médica establecida y regulada, la fisiología griega llega a imponer un pensamiento racional de la enfermedad, ubicándola como

---

<sup>1</sup> El Pathos en su etimología es la misma expresión griega que funciona como pasión patológica: por eso hay pasiones que se transforman en patologías y patologías que se transforman en pasiones

una desarmonía fisiológica del correcto orden del cuerpo. (Goberna, 2004, párr.4)

Consiguientemente, la medicina griega se plantea a sí misma como una servidora de la naturaleza, cuyo principio de mayor peso, delimitado por Hipócrates, radica en buscar favorecer al enfermo al combatir el principio de la causa de su dolencia, absteniéndose de proceder si la enfermedad era incurable. (Goberna, 2004, párr.5) Es pues, que al ser concebida la enfermedad como una fuerza perturbadora y nociva, que podía actuar con fatalidad en contra de la *Physis*<sup>2</sup> del individuo, se buscaba explícitamente intervenir en casos en los que esta actuara con determinación contingente, omitiendo aquellos en los que lo hiciera por azar. La concepción griega de la enfermedad fue igualmente replicada por los romanos, cuyo mayor representante fue Galeno. Él toma los principios teóricos y técnicos promulgados por Hipócrates, los cuales elevó por medio de la teoría de la indicación terapéutica.<sup>3</sup> Aquí, la enfermedad se manifiesta a causa de un desequilibrio de la naturaleza.

Durante los siguientes siglos, el pensamiento galénico proveniente de la medicina griega se mantuvo vigente. Sin embargo, durante las invasiones germánicas al Imperio Romano surgidas en el siglo V, el monoteísmo judeo-cristiano se propaga por todo el mediterráneo, trayendo consigo una nueva concepción de la enfermedad. A diferencia del concepto fisiológico griego, la enfermedad es considerada por el semitismo<sup>4</sup> del antiguo testamento como

---

<sup>2</sup> Desde la etimología griega es la palabra que se traduce a naturaleza, procediendo del verbo *phyo*, que a su vez significa brotar o crecer.

<sup>3</sup> Referido a la experiencia y al raciocinio que se debe de tener como médico para poder ayudar al enfermo sin perjudicarlo.

<sup>4</sup> El semitismo hace referencia a los hijos del Sem, primer descendiente de Noé. Por lo tanto, los pueblos denominados “semitas” son aquellos que comparten esta cualidad en común. Actualmente, el término es utilizado para designar la familia lingüística que predominantemente es compartida por los pueblos del Medio Oriente que hoy en día habitan lo que alguna vez fue Babilonia, Fenicia, Aram, entre otros territorios ubicados en zonas aledañas.

un castigo divino, infligida por Dios para sancionar un pecado a modo de venganza o capricho.

Tiempo después, con la entrada del cristianismo en occidente, la calamidad vital del hombre deja de ser un castigo, para ser elevada a la categoría de una prueba. Es pues que, a causa de encontrar un nuevo sentido a la existencia del hombre, este se atribuye estar hecho a imagen y semejanza de Dios, su padre. En consecuencia, su nueva condición de hijo le permite vislumbrar un mensaje providencial en la enfermedad, la cual debía ser asumida humildemente como parte de los acontecimientos de la vida y, por ende, debía ser sufrida con piedad y devoción a Dios.

En la Europa de entre los siglos XV y XVI se inicia un nuevo modo de vida que puede entenderse como la “pre-modernidad”, relacionado a la caída de Constantinopla, de modo tal que desde 1453 se da una recepción y revisión de la cultura helénico-romana, la cual ponía un énfasis en la inteligencia racional y la libertad del ser humano. (Goberna, 2004, párr. 8) Esto provoca que en el siglo XV, acompañado del creciente auge social de la burguesía, surja una relación entre moralidad y racionalidad que caracteriza al nuevo proyecto filosófico de la época; de manera tal que la nueva concepción racional del comportamiento saludable se convierta paulatinamente en los cimientos de la política sanitaria nacional. (Goberna, 2004, párr.p)

En consecuencia, la enfermedad, la salud, así como el cuerpo y el espíritu dejan de ser competencia de cada hombre particular, para pasar a ser una responsabilidad universal del Estado. Siendo la sífilis la enfermedad de la época, a partir del siglo XVI se empieza a originar una clara conciencia social en torno a la capacidad de contagio de las enfermedades. Si bien se considera que aún continúan estando sometidas a la voluntad de Dios, esto ya no se da de modo directo, sino que se plantea que Dios necesita de los microbios para generarlas. (Goberna, 2004, párr.11) Se debe señalar de igual manera, que ya Hipócrates y médicos árabes como Ibn Khatima sugirieron la posibilidad de transmisión y contagio de las enfermedades siglos atrás, idea que no tomó vuelo a causa de la ley religiosa imperante en aquel entonces.



Durante el siglo XVI, el movimiento pendular de las concepciones relacionadas con la causa y vivencia de las enfermedades sigue estando presente. Esto se puede observar en la visión que se tenía de la enfermedad mental, la cual estaba fuertemente relacionada con la figura de Satanás, de modo que se asumía que cualquier patología psíquica era causada por una posesión diabólica. (Goberna, 2004, párr.13) Es así como durante los siglos XVI y XVII, se atribuían la enfermedad y el mal a aquellos que encarnaran al diablo: las brujas (y en menor medida los brujos), los cuales se quemaban en hogueras por herejía y paganismo.

De igual manera, el progresivo paso de la vida feudal y la vida burguesa estuvo asociado a la aparición de nuevos tipos de enfermedades relacionadas al sedentarismo, como lo fue el caso de la gota<sup>5</sup>. (Goberna, 2004, párr.14) Por otra parte, conforme se iba llegando a la modernidad, la acumulación poblacional favoreció la presencia de la sífilis, las fiebres tifoideas y el paludismo; además, los desarrollos en la tecnología bélica y su consecuente aparición en la guerra moderna (distinta a la guerra medieval) producían un alto número de heridas causadas por arma de fuego, para las cuales se debía buscar el tratamiento respectivo. Por último, la miseria suburbana repercute directamente en la presencia del raquitismo, y otras enfermedades asociadas a la desnutrición crónica y la insalubridad. (Goberna, 2004, párr.16)

A finales del siglo XVIII hasta el primer tercio del siglo XX, se produce definitivamente una ruptura con los antiguos modos de saber para dar paso a una nueva etapa de estimación de la vida terrenal, que produce consideraciones distintas en relación a la vida, la muerte y la enfermedad. (Goberna, 2004, párr.17) La defensa de la salud se ajusta así a la visión optimista de la modernidad, la cual considera fundamental encontrar el arte de dirigir la vida para poder gozar de ella.

---

<sup>5</sup> Artritis que se caracteriza por sensibilidad en las articulaciones, enrojecimiento y dolores agudos.

El progreso humano ilimitado, cobijado por el discurso racional de la modernidad, generaba así la sensación de que la humanidad podía vencer a cualquier enfermedad, siendo capaces de dominar el mundo natural. De este modo, la sociedad de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, ya no solo aspira a la curación de las enfermedades, sino a la prevención de ellas desde el saber científico. Era pues, que la idea de salvación cristiana deja de ser de mayor interés y credibilidad social; la muerte ya no puede ser trascendida. (Goberna, 2004, párr.18)

En *El nacimiento de la clínica* (2004), Foucault realiza un recorrido profundo por el desarrollo de los diversos modos de enunciación del discurso médico entre finales del siglo XVIII e inicios del XIX. A partir de la percepción empírica imperante en dicha época, nacen nuevos modos de racionalidad médica que fundamentan un discurso científico sobre el individuo, el cual se sitúa en la verbalización y especialización esenciales de lo patológico. (p.63)

Foucault (2004) sostiene como hipótesis, que la estructura implícita que dirige el discurso médico, y que se encuentra en el vínculo entre la práctica política y este último; es decir, la transformación del nuevo modo de existir del discurso médico, se da como consecuencia directa del cambio que la práctica política de la sociedad industrial provoca a nivel de sus condiciones de funcionamiento, inserción y emergencia. (p.78)

Por lo tanto, lo primordial se halla en la inserción del sujeto en el discurso de la medicina y, por ende, en el estatuto que acompaña al lugar institucional. Por este motivo, el discurso médico-científico se forma desde modalidades enunciativas específicas, como lo serían las narraciones bibliográficas, las descripciones cualitativas acompañadas de su interpretación, la demarcación, el recorte de los signos de enfermedad y las verificaciones experimentales, entre otros, cuyo propósito es descubrir la ley de estas enunciaciones, así como el lugar de donde provienen. Con ello, Foucault (2004) ubica tres etapas distintas de este discurso:

La primera de ellas se trata de la medicina clasificadora, caracterizada por manejar un concepto de enfermedad en el que esta no está configurada

desde su localización en el organismo del sujeto enfermo, sino que está jerarquizada gracias a analogías que definen su esencia, y que permiten clasificarla en familias, géneros y especies. Paralelamente, las analogías también se utilizan como explicación de la ley que produce la enfermedad, cuya naturaleza no está necesariamente sujeta al espacio del hospital, sino que es más bien libre. Además, para que el médico pueda realmente comprender lo esencial del suceso patológico, es menester que se abstraiga por completo del enfermo, para redirigir toda su atención a la enfermedad en sí. (p.88)

La segunda es la medicina clínica, la cual surge a finales del siglo XVIII, inicialmente como una experiencia pedagógica que funda una relación novedosa entre la esencia de las enfermedades y la mirada médica. Esto es lo que posteriormente origina la posibilidad de una enunciación, que dejaría claro que la clínica es el intento inaugural de formar una ciencia sostenida tan solo por el campo perceptivo, ubicándose a la par como una práctica establecida únicamente sobre el ejercicio de la mirada. (p.90)

Como tercera y última etapa, se encuentra la medicina anatomopatológica, que instituye la muerte como un modo eficaz de conocer la vida, dado que permite el conocimiento de las enfermedades mediante el estudio de un cadáver abierto y exteriorizado, en el que se logra localizar espacialmente a la enfermedad per se, alcanzando un efecto de tridimensionalidad en su estudio. Según señala Foucault (2004), el cadáver expuesto se convierte en “la profundidad extendida de la relación médico-enfermo.” (p.93)

Ahora bien, a nivel de la *episteme*<sup>6</sup> que acompaña a cada una de estas categorías de la clínica se tratará de un esquema ternario, en el cual la medicina de las especies corresponde a la episteme renacentista, la medicina clínica a la episteme clásica, y la medicina anatomopatológica a la episteme moderna. Es en esta última etapa de la medicina y su

---

<sup>6</sup> Se refiere al el conjunto de relaciones que puede ser descubiertas para una época que se determina entre las ciencias cuando estas son analizadas a nivel de regularidades discursivas.

correspondiente episteme en la que se enfocará el siguiente trabajo. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, p.17)

La medicina anatomopatológica surge soportada por una episteme que se caracteriza por ubicar al hombre como objeto del conocimiento, es decir, el humano como un ser que se piensa a sí mismo. Consecuentemente, en la modernidad son las experiencias históricas aquellas encargadas de imponer las leyes y, así, el modo de concebir la moneda se cambia por producción y trabajo, de tal manera que la economía reemplaza la historia de las riquezas. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, p.18) En el caso de la historia natural, esta transmuta en la biología, por lo que la noción de vida toma la posta, permitiendo así separar definitivamente lo orgánico de lo inorgánico. Esto, a su vez, promueve el nacimiento de una organización interna de la vida, la cual estará paralelamente ligada a un conjunto de relaciones con el mundo externo, lo que en consecuencia propiciará el surgimiento de las teorías evolutivas.

En este punto, vale la pena plantear uno de los principales conceptos de Foucault: la biopolítica. En el creciente auge del capitalismo moderno, lo somático, todo aquello concerniente a la biología y al cuerpo, se inscribe a nivel político y soberano como el eje central sobre el cual asegurar el control. En este marco, la medicina comporta un rol estratégico fundamental que venía tomando forma desde el siglo XVII. De este modo, todo aquello que implicara una manifestación de la experiencia humana de vida, que irremediamente se expresaba a través del cuerpo (pensamientos, conductas, costumbres), era atravesada por el ejercicio de la medicina. De aquí es justamente de donde proviene la expresión foucaultiana “hacer vivir, dejar morir”, la cual condensa el modo particular de ejercer poder sobre la vida a través del cuerpo. Es bajo estos términos que se puede explicar la operatividad del biopoder.

Sin embargo, para que el poder soberano pudiera ser ejercido bajo estos términos debía valerse del derecho, es decir, de la ley. De esta forma, tanto el derecho a la vida como el derecho a la muerte se convierten en verdaderos fenómenos políticos, realizando un viraje en la modernidad,

desde el cual el soberano ya no decidía sobre la muerte, tal como se había establecido a lo largo de la historia, sino que más bien el poder se ejercía positivamente sobre la vida, haciéndola consistir. De aquí el hecho de que inicialmente se pretendiera contraponer el poder soberano a la biopolítica.

Por lo tanto, para esta última la vida ya no es aquella que existe a raíz de la eximición de muerte que otorgue el soberano, sino la de la biología, la vida como fenómeno natural. Esta idea se ve apoyada en las teorías evolutivas darwinianas de la época, las cuales confirmaban la concepción del hombre como la expresión más alta de la vida biológica.

De este modo, se plantea que la muerte no aparece, sino hasta cuando simplemente ya no hay más remedios para hacerla vivir, por lo que el ejercicio de la biopolítica se muestra desequilibrado al estar volcado a su favor. A pesar de esto, Foucault, como bien puntualiza López (2014), desde un inicio dejó en claro el biopoder poseía un particular interés hacia la muerte, a la cual concebía como un fenómeno que de manera natural iba a tener efectos sobre la población. (p.118)

En consecuencia, lo que hace la muerte es deslizarse en la vida, debilitándola hasta hacerla desaparecer. De ello parte el hecho de que para la biopolítica, las enfermedades susciten un gran interés y que a causa de esto, el médico llegue a convertirse en un verdadero funcionario del Estado. De esta forma, es a través de la muerte que se interroga a la vida y a la enfermedad, siendo que la muerte siempre estaba presente durante la vida, al igual que la posibilidad de desarrollar una enfermedad. (López, 2014, p.119) Por lo tanto, la biopolítica gestiona a la población desde la naturaleza biológica de la vida, mientras que se ocupa de la muerte como aquello que impulsa sus límites de control.

De este modo, la biopolítica termina gestionando la vida al hacer uso de recursos que validen su poder, entre ellos la medicina, la cual en conjunción con la demografía y la estadística, pueden ejercer verdaderas estrategias de control poblacional. (López, 2014, p.121) Los procesos naturales pueden ser modificados a través de ellas, de manera que la vida pueda adaptarse a

los requerimientos políticos que sean determinados según sus intereses. Por ello es que la enfermedad y la muerte se presentan como herramientas tan importantes para el cumplimiento de sus intereses, siendo que su verdadero problema político es la población.

La técnica de ejercicio de poder del que se sirve la biopolítica queda bien ejemplificada en los planes estatales de salud que empezaron a desarrollarse cerca de la primera mitad del siglo XX. En el año 1942, durante la Segunda Guerra Mundial, en Inglaterra se elaboró el *Plan Beveridge*, famoso por haber servido como modelo para la organización de la salud de diversos países a nivel mundial en los años de la posguerra. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, p.19) Tras la pérdida de 40 millones de vidas humanas, el plan se presenta como una respuesta para consolidar un derecho distinto al de la vida: el derecho a la salud. Este derecho, más complejo en su morfología y función, buscaba garantizar de manera explícita una vida caracterizada por ser vivida en pleno estado de salud y bienestar. Además, poseía la particularidad de delimitar al Estado como el encargado de proporcionar salud a nivel social.

Si bien el brindar salud física por parte del Estado ya era llevado a cabo desde el siglo XVIII, esta acción estaba enfocada, particularmente, en garantizar la producción, la fuerza laboral y física de su población, la cual también era indispensable para lograr los objetivos militares de la nación. Con este propósito, la medicina había cumplido un rol nacionalista-racial hasta aquel entonces, soportada por una cuantiosa literatura que exhortaba a los individuos a cumplir con la salud propia y de su familia. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, pp.22-23)

Esta exhortación al autocuidado del individuo para el Estado con fines nacionalistas, es lo que se invierte en el *Plan Beveridge*. Ya no se trata solamente de que el ciudadano contribuya con su salud para el progreso del Estado, sino que este último pueda garantizar buena salud a su población. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, p.24) En este sentido, se trataría de una inversión en el derecho a la salud, que ya no solo acarrea

una nueva moral del cuerpo, sino también un aspecto particular: el derecho a enfermarse.

Esta nueva autonomía que poseía la población para decidir interrumpir el trabajo y, por ende, la producción del Estado a causa de la enfermedad, motivó a que, con el *Plan Beveridge*, la salud incursionara en el campo de la macroeconomía. Desde entonces, el Estado empieza a desembolsar cuantiosas cantidades de dinero del presupuesto estatal, independientemente de su sistema de financiamiento, en virtud de asegurar la salud de los individuos. De esta forma, por medio de las enfermedades y del modo en el que se cubrían las necesidades sanitarias, se intenta alcanzar cierta redistribución económica e igualación de los ingresos, pues si se aseguraba que la población pudiera recibir tratamiento y curarse, se podía corregir la desigualdad económica. (Organización Panamericana de la Salud, 1978, pp.25-26)

De este modo, desde la biopolítica, la salud se convierte en un verdadero objeto de lucha. Por este motivo, el *Plan Beveridge* es un punto de referencia simbólica para lo que se convirtió en una verdadera somatocracia. Así, en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud ya no solo como la ausencia de enfermedad, sino como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. (Goberna, 2004, párr.20) La salud de todos los pueblos se transforma en un elemento nuclear para la paz mundial y la seguridad, por lo que la medicina se termina por establecer como la vaca sagrada de la modernidad.

A partir del momento en que la medicina, caracterizada por la estatización (tan necesaria para las estrategias biopolíticas), pasa a cumplir con sus funciones modernas, la tecnología médica experimenta uno de sus más importantes progresos: el descubrimiento de los antibióticos. Esto representa por primera ocasión la posibilidad de combatir eficazmente las enfermedades infecciosas, lo que se da paralelamente al nacimiento de los sistemas de seguro social; fue un momento de gran mutación política, jurídica, social y económica de la medicina. (Goberna, 2004, párr.22)

La misma sensación se tenía con respecto a las enfermedades hereditarias y degenerativas, las cuales parecían estar finalmente en vías de ser vencidas. Sin embargo, pese a que se esperaba que el gran avance tecnológico de la medicina y su lucha contra las enfermedades significara un progreso capital de la economía y la política, lo que se originó fue un estancamiento de los posibles beneficios que se buscaban obtener tanto de la medicina como de la salud pública. (Goberna, 2004, párr.25)

Sucede pues, que a diferencia del modo en que se juzgaba la nocividad de la medicina como causa proporcional de su no científicidad (era un compendio de conocimientos mal establecidos que podían provocar la muerte), a partir del siglo XX empieza a ser considerada peligrosa no a causa de su ignorancia, sino en la medida misma de su propio saber. (Goberna, 2004, párr.28) Se empieza así a notar que además de sus efectos de protección, la medicina también producía una perturbación en el ecosistema del individuo y de la especie humana en general; ya sea intencionalmente o no, se elaboraron agentes agresores del organismo humano para los que no se había desarrollado una defensa. (Goberna, 2004, párr.31) Y si bien los efectos negativos de la medicina se visibilizaban hasta la mitad del siglo XVIII en el hospital, el cual representaba un verdadero “mortuorio”, la técnica médica moderna que comenzó a desarrollarse desde finales del mismo siglo, creó expectativas diferentes en relación a los alcances de la medicina y el respectivo rol del hospital. (Goberna, 2004, párr.34)

A partir de aquí la medicina moderna sufre un cuestionamiento de su poder, acompañado por la desconfianza en los servicios de salud mal distribuidos y sin la eficiencia esperada. Es aquí cuando empieza a adentrarse al campo de la posmodernidad, caracterizada por el desencanto hacia la utopía de la modernidad, colmada por el hiperconsumo del capitalismo. Las nuevas técnicas de la medicina a nivel genético y celular ya no alteraban únicamente al paciente y sus familiares, sino que podía significar una completa alteración de la especie humana; la vida en sí empieza a ser manipulada por la intervención médica. (Goberna, 2004, párr.39) Por lo tanto, lo que se



considera peligroso ya no es más la ignorancia, sino el saber. Eso es lo que constituye parte de la “crisis de la modernidad”; esta es la posmodernidad aunada a la “crisis de la medicina”.

Se descubren nuevas enfermedades, aquellas infecciosas hacen una nueva aparición; y ante la desilusión universal surge la violencia: el consumo de drogas y el abismal aumento de lesiones y muertes laborales y de tránsito. (Goberna, 2004, párr.40) Así mismo, el extraordinario progreso en materia de tecnificación y medicalización de la enfermedad, pese a ser motivo de una medicina altamente eficaz y preventiva, empieza a despersonalizar a individuos a quienes se pretende encontrar un “mal latente”, pese a que ellos no se quejen ni pidan nada. La tecnificación automatiza el trato con el enfermo, sumándose esto a una más de las decepciones.

## **El discurso médico-científico de la posmodernidad**

### ***La máquina tecno-capitalista***

El psicoanalista Jorge Alemán (2009) en su artículo *La metamorfosis de la Ciencia en Técnica: el Discurso Capitalista*, postula que la crisis “sistémica” del capitalismo muestra claramente la ausencia de un Límite, denominado El Nombre del Padre por Lacan, lo cual desemboca en que nada funcione como punto de amarre; no se logra pues, el efecto del punto de capitón, de tal manera que el empuje al consumo y el control de los movimientos del Mercado ponen en juego la autoridad simbólica. (p.343) Por ello, se cuestiona si la denominada “crisis del capitalismo” presente en la posmodernidad, desde la cual se pone en duda su credibilidad junto a la de la ciencia, no es otra cosa sino el propio Capitalismo poniendo en crisis todas las estructuras que hasta el momento habían simulado algún tipo de regulación. (Alemán, 2009, p.343)

Desde el Discurso Capitalista, Lacan permite visibilizar los modos de operar de un dispositivo que convierte al sujeto en un ente que existe únicamente para que se conecten los lugares; sin embargo, como es la maquinaria capitalista la encargada de conectarlos, no se logra el corte entre el lugar vacío y el significante amo que lo articula a distintas representaciones,

quedando inmersos en “circuito de movimiento permanente y circular”. (Alemán, 2009, p. 344) Es pues, que si el Discurso Capitalista encarna el rechazo a toda modalidad de imposibilidad propia de la Castración (todo es mercancía), no puede formularse una “crisis” del capitalismo como tal, ya que este no tiene reverso y su movimiento de orden “pulsional” desconoce las estaciones. Por este motivo, se plantea más bien que quienes verdaderamente sufren la crisis son las instituciones que administran el capitalismo, puesto que el excedente ingobernable que “sobrevive destruyendo el aparato productivo” es imposible de manejar. (Alemán, 2009, pp.344-345)

Ahora bien, para saber cómo opera en su totalidad el Discurso Capitalista, es necesario comprender el sentido moderno de Ciencia, así como la economía de goce perteneciente a la Técnica, la cual se homologa al discurso del capitalismo. Es así como Alemán (2009), retoma el axioma heideggeriano “La Ciencia no piensa”, para plantear la metamorfosis de la Ciencia Moderna: si bien halla su génesis en ella, ya no se trata de la misma ciencia fundada por Descartes y Galileo, sino que ahora se transforma lentamente en su “espectro técnico”. (Alemán, 2009, p. 345)

Se delimitan así tres teoremas para ayudar a comprender el viraje de Ciencia a Técnica: la ciencia moderna está fundada en la técnica; la esencia de la técnica no es algo técnico; esta esencia no está hecha meramente por el humano, por lo que no puede gobernarse bajo una soberanía humana con su respectivo código moral. (Alemán, 2009, p.346) Así, se propone que la Ciencia desde su estructura epistemológica tiene ubicado un límite relativo al Saber que busca elaborar: el sujeto del inconsciente. En ese sentido, la Ciencia existe gracias a que el sujeto (y por ende el psicoanálisis) es necesariamente rechazado para hacer funcionar sus estrategias objetivantes, pues el sujeto le sirve de límite interno que se sostiene en un espacio “éxtimo” (exclusión interna al discurso científico). (Alemán, 2009, p.347)

Es justamente en este punto que la Ciencia se diferencia de la Técnica: esta última no tiene sujeto, es “ilimitada”. Esta no es impartida en las

universidades, no tiene objetos, ni puede ser “técnicamente” evaluada; es más bien una apropiación de saberes que no encuentra ningún límite en la soberanía humana, sino que está al servicio de una Voluntad (Alemán, 2009, p. 347) Por lo tanto, lo que ha hecho la Técnica es capturar los saberes de la Ciencia Moderna, creando así una especie de amalgama imposible de regular entre la Voluntad de Poder nietzscheana<sup>7</sup> y el sujeto cartesiano<sup>8</sup>: “una voluntad acéfala y sin límite.” (pp. 347-348)

Se propone que el reemplazo de la Ciencia por la Técnica ocurre durante el Holocausto, pues esta “fabricación de cadáveres” significó una entrada a la Voluntad ilimitada; esta matanza no se llevó a cabo para ganar la guerra, por el contrario, la guerra existió como requerimiento técnico para alcanzar el “triunfo de la Voluntad”. (Alemán, 2009, p.348)

Por otra parte, se deja en claro que la Técnica no es una secuencia histórica que se da después de la Ciencia, sino más bien un empuje (*Drang*<sup>9</sup>) que impulsa tendencialmente a la Ciencia hacia el Discurso Capitalista; es la forma en la que el Capital puede apropiarse de la verdad, el sujeto, la producción y el saber para su propio fin del espacio, anulando su límite. (Alemán, 2009, pp.348) Se da así un retorno de lo forcluido en lo Real: la Ciencia Moderna incorpora los objetos perdidos de “la voz y la mirada” desde su propia invocación técnica, lo que quizás ocurre gracias al despliegue bélico industrial alcanzado por ella misma. (pp.347-349) Por lo tanto, se puede conjugar un símil con el momento en que Lacan reconoce un nuevo viraje en la Ciencia, a partir del cual el Saber queda anudado a la pulsión de muerte.

---

<sup>7</sup> La Voluntad de poder o de pujanza es un concepto de Nietzsche referido al propio devenir de la vida, de modo que a través de ella el ser humano conquista lo que anhela, es el motor a través del cual alcanza sus deseos. .

<sup>8</sup> Es el sujeto de la ciencia moderna, sujeto que divide entre verdad y saber, y es este mismo sujeto sobre el que opera el psicoanálisis.

<sup>9</sup> Es el impulso al que Freud hace alusión para definir su concepto sobre la pulsión: su origen es somático, y en sí se constituye como aquel esfuerzo permanente que produce una tensión, siendo esta último lo que origina la pulsión (Trieb).

Bajo esta nueva lógica de la Técnica, surge una alianza entre las industrias farmacéuticas, el cognitivismo y las neurociencias, las cuales ven soportadas sus construcciones metafísicas por la imaginaria informática; así se busca representar los imperativos morales, el amor, la ética o la falta de ésta, los actos inconfesables, las intenciones implícitas, y tantos otros actos privados, a través del funcionamiento cerebral. (Alemán, 2009, p. 350) Según el neurobiólogo francés Changeux (buscar año) es lo que se denominaría “fisiología del pensamiento y el sentido”, la cual pretende “objetivar” las funciones cerebrales, de manera que lo atribuido a la subjetividad está constituido por las señales químicas y eléctricas del cerebro asociado a sus genes (epigenética<sup>10</sup>). (p.350)

Es así que para la alianza entre el proyecto político y el técnico es posible un futuro ilimitado, en el cual se tiene la certeza de que lo todavía no está descubierto, en algún momento encontrará explicación por vía de la naturaleza (representada en el cerebro y los genes) o por la superestructura (representada en los hábitos, costumbres, conductas sociales, etc.), y por el vínculo determinante entre ambas. (Alemán, 2009, p. 351) Y es justamente desde este lugar de la Técnica, de la epigenética o la plasticidad neuronal, que el sujeto se ve reducido a millones de genes, neuronas, células, cifras cuantificables que pueden ser medidas y manipuladas, y que rechazan la “infraestructura” del enfermo: su lenguaje, su sufrimiento, su inconsciente.

Desde esta perspectiva, el ser parlante sufre una “pobreza de la experiencia”, a partir de la cual se ve invadido por un poderío material de la Técnica que se expande en un amplio campo de maniobras: máquinas militares, prótesis y fármacos que se introducen y alteran el funcionamiento del cerebro, escáneres que detentan la “verdad objetiva”. (Alemán, 2009, p.352) En *Testo Yonqui* (2008), Paul B. Preciado ubica al fármaco como el

---

<sup>10</sup> Estudio dedicado a evaluar los cambios que activan y desactivan los genes, sin que esto cambie la estructura del ADN.

panóptico<sup>11</sup> comestible, constituyendo una técnica eficaz cuya raíz se encuentra en las formas de poder coloniales. (p.129) Esto se ve inicialmente representada en la píldora anticonceptiva, la cual era probada en poblaciones de mujeres negras y en los enfermos psiquiátricos. Esto comprobaría, en palabras de Preciado (2008) la píldora opera como “una técnica no de control de la reproducción, sino de producción y control de género.” (p.130)

La píldora anticonceptiva en conjunto con las hormonas, propicia la creación de cuerpos que puedan ser integrados a organismos institucionales estatales, médicos, legales y a aquellas instituciones encargadas de regir la red global encargado del manejo del capital. (Preciado, 2008, p.131) Por lo tanto, los fármacos también representan el modo de constituir cuerpos que estén al servicio del poder hegemónica, y en ellos queda claro el avance de la técnica para llevar a cabo estos cometidos. Pues en el fármaco, ya sea la píldora anticonceptiva o el antipsicótico, reside el poder de modificar técnicamente un cuerpo para ejecutar la fabricación de subjetividades que respondan a los intereses de control sobre la vida, construyendo “almas” a conveniencia.

Por lo tanto, ya no se trata del control ejercido sobre el cuerpo de manera explícita y externa, sino desde el interior. Finalmente, el hombre reducido a un cerebro-máquina, el hombre reducido ya no solo a un aparato anatómico, sino a un cuerpo histológico<sup>12</sup>, ve su cerebro afectado por su incapacidad de responder a sus propias funciones; un cerebro deprimido, en pánico y

---

<sup>11</sup> Hace referencia a la “casa de inspección” utilizada en la época industrial para vigilar, enseñar y controlar a los obreros que trabajan en las fábricas. Por medio de una torre central que poseía una ventana que daba al exterior, y otra que daba al interior, desde la cual se podía observar permanentemente el trabajo de los obreros, sometiéndolos al escrutinio audiovisual de aquel que se encontrara vigilando la torre. Cabe señalar, que la observación se daba a través de orificios, por los que los obreros jamás eran capaces de reconocer quién los vigilaba.

<sup>12</sup> Rama de la biología dedicada al estudio de la composición, características y estructura de los tejidos y órganos de los seres vivos.

depresión, que no es sino resultado de un Discurso Capitalista y de su matrimonio con la Técnica, Saber Absoluto y consumado que invade cada cuerpo, cada sujeto.

### ***Medicina Posmoderna***

Siguiendo los planteamientos del capítulo anterior, la medicina moderna, la cual está irremediablemente ligada a la ciencia, sufre un cambio tangible a nivel de su práctica, sus sistemas y de la figura del médico. Durante la modernidad, al ser la medicina uno de sus bastiones, y bajo este criterio se modelaron muchos profesionales del área, a quienes se les atribuía una “admiración cuasichamánica”. Hasta que llegó la posmodernidad. (Armenteros, 2012, p.58)

Hasta el siglo XVIII, el médico representaba una de las figuras más relevantes y esperanzadoras de los pueblos, dotado de cierto tipo de paternalismo, un alto nivel de responsabilidad, disposición para el trabajo y proximidad emocional y presencial, características que suplían la falta de conocimiento teórico y técnico de aquel entonces. (Armenteros, 2012, pp. 57-58) Con los progresos científicos, tanto la medicina como aquel que hacía de ella su profesión sufrieron una metamorfosis que correspondía a los postulados capitalistas de la modernidad.

De este modo, en 1974 el ser humano deja finalmente de ser solo tejidos y órganos para convertirse en cien billones de células, cuando el premio Nobel de la Medicina les es otorgado a George Palade, Albert Claude y Christian de Duve, a quienes se galardona gracias a la “instrumentalización de la mirada celular”. (Armenteros, 2012, p.58) Este fue el inicio del salto exponencial entre la ciencia/medicina moderna, y la ciencia/medicina posmoderna. Se empiezan las experimentaciones con el ADN, desde las que surge el Proyecto Genoma Humano, que permite mapear el ser desde su expresión más mínima. Así, las enfermedades que atemorizaban a la población entre el siglo finales del siglo XIX y principios del XX, tales como el polio, el sífilis, la malaria y la tuberculosis, entre otras, fueron retrocediendo

gracias a los antibióticos como la penicilina y la estreptomicina. (Armenteros, 2012, p.58)

Sin embargo, ahí donde los avances médicos restauraban la salud de la gente, ayudando así a cumplir el sueño capitalista de producción y consumo, provocan también un cuestionable cambio a nivel de la moralidad y la ética. Con el advenimiento de la posmodernidad, nace una nueva relación entre el hombre y los valores, la cual es denominada la “posética” (ética posmoderna). En consecuencia, mientras los elementos éticos formales continúan siendo los mismos, el cambio se da respecto al tipo de interrogantes planteadas por el sujeto respecto a su acción moral; mientras la modernidad se preguntaba por lo categórico-necesario, la posmodernidad se pregunta por lo hipotético-conveniente. (Díaz, 2009, citada por Armenteros, 2012, p.59)

Por otra parte, si bien se dejaron atrás los problemas de salud que desestructuraban la cotidianidad de la sociedad moderna, un nuevo grupo de enfermedades amenaza la aparente estabilidad del poderío médico-científico, correspondiendo con el nacimiento de la posmodernidad. Al finalizar los años setenta, la llegada del SIDA y el HIV provocan un verdadero pánico social que desemboca en una crisis de confianza hacia las instituciones de referencia previamente establecidas. (Armenteros, 2012, p.59) A estas enfermedades las acompaña el Ébola, el dengue, el SRAS, la EPOC, y más recientemente el COVID-19, que junto al cáncer y muchas otras, dejan en claro que la propuesta idílica de bienestar social universal de la modernidad no cumplía con las expectativas. (Armenteros, 2012, p.59)

De esta manera, la expansión de estas enfermedades revela una problemática social fundamental: la incapacidad de las instituciones sanitarias para responder a la demanda de salud de las personas. García (2011) citado por Armenteros (2012) señala que existe una atención sanitaria injusta e insuficiente, siendo que grandes segmentos de la población mundial no tienen acceso a servicios sanitarios adecuados. Si bien los derechos de salud abogan por el principio de igualdad, el panorama es completamente el contrario: mientras los países en desarrollo poseen una

carga de enfermedad del 90%, solo el 10% de su población tiene acceso a los recursos sanitarios, a lo que se suma el hecho de que la mitad de la población mundial no tiene acceso a fármacos esenciales. (Pp.59-60)

De todas formas, pese a que la falta de acceso a los servicios sanitarios representan un grave problema de salud en la posmodernidad, la verdadera lucha se libra quizás con la (pos) ética con la que se están librando estas batallas. El desempeño de la medicina se ve irremediabilmente afectado por un sentimiento de banalidad ante la vida de ciertos seres humanos, a quienes se les atribuye una vida carente de sentido; y bien sea invocando sus derechos por su propio cuerpo o bienestar, o bajo un velo de supuesta compasión, “se promueve su eliminación en beneficio de los más fuertes.” (Armenteros, 2012, p.60)

Así mismo, la detección de la enfermedad cae bajo el dominio de la técnica diagnóstica: ya no se hace contacto visual con el paciente, ni se lo palpa directamente ni hay comunicación con él. El enfermo ya no es importante, puesto que se convierte en cifras estadísticas y rótulos superficiales, que es tratado por sofisticadas máquinas, burocratizado y despersonalizado. (Goberna, 2004, p.45) Siendo que incluso el estilo de vida posmoderno puede generar trastornos psíquicos que la sociedad rural arcaica jamás provocó, sin que no haya tolerancia con aquellos que las sufren, buscando medicalizarlos a toda costa. Todos estos aspectos constituyen en sí la praxis médica preponderante.

A razón de esto, en la actualidad ya se empiezan a ver cambios de posición con respecto a la praxis de la medicina, tanto en sus principios éticos y teóricos, como en los modos de ponerla en práctica. Armenteros (2012) ubica tres tipos de reacciones a nivel médico frente a los cambios de la posmodernidad: las nostálgicas (rescate de prácticas médicas alternativas y milenarias); las desencantadas (las que se adjuntan a la crisis posética de la época), y las innovadoras (proponen un marco de comunicación denominado “modernidad dialógica”, el cual busca generar transformaciones sociales que respondan de manera más ética y efectiva a la crisis médica actual). (pp.60-61) Lo cierto es que pese al surgimiento aislado de nuevas propuestas más



humanas, por ahora la medicina continúa teniendo ante sí un inmenso panorama de acción y reflexión en torno a la ética y a los derechos médicos.

## **Capítulo 2: Biopolítica: Cómo gobernar los cuerpos de la pobreza.**

### ***Biopolítica y el poder soberano***

Según Foucault (2003), desde el siglo XVII el poder deja de manifestarse como el poder de muerte ejercido por un soberano semejante a Dios, para convertirse en el poder de disciplinar. Mientras que el poder soberano amenaza con la muerte para apropiarse de la vida, lo que contrariamente busca el poder disciplinario es imponer por completo la vida, de tal modo que a través del biopoder se logra administrar la vida a través de una gestión calculadora. (p.162) (citado en libro de psicopatología) Este cambio se debe al paso que hubo desde la producción agraria hacia la producción industrial, lo cual requería disciplinar los cuerpos para que este se ajustara a la producción de las máquinas.

En este sentido, Foucault vincula la biopolítica con el modo de disciplinar capitalista, en cuya forma de producción socializa el cuerpo, asociada fundamentalmente a lo corporal y a lo biológico; “para la sociedad capitalista, la biopolítica es lo que realmente cuenta, lo biológico, lo somático, lo corporal.” (Foucault, 2003, p.275) Sin embargo, Bernard Stiegler (s.f.) reconoce lo siguiente en relación a la concepción de biopolítica de Foucault: “Tengo la impresión de que el biopoder que Foucault ha descrito convincentemente en un sentido histórico y geográfico, es decir, principalmente teniendo en cuenta Europa, no es el mismo poder que marca nuestra época presente.” (p.49)

En su libro *Homo Sacer I. El poder soberano y la nuda vida* (2006), Giorgio Agamben amplía los estudios filosóficos sobre el concepto de biopolítica y su relación con el poder soberano, para analizar el punto nuclear y oculto en el que ambos confluyen: la nuda vida. En consecuencia, postulará que la producción de un cuerpo biopolítico es la aportación fundamental del poder soberano, dado que el Estado sitúa la vida biológica de manera central en sus cálculos para lograr el vínculo entre el poder y la nuda vida (pp. 15-16)

El concepto de nuda vida, según Agamben (2006), se refiere “a la vida a quien cualquiera puede dar muerte pero que es a la vez insacrificable del *homo sacer*<sup>13</sup>, cuya función esencial en la política moderna hemos pretendido reivindicar.” (pg. 18) Por lo tanto, se tratará de una forma de inclusión de la vida humana en el orden jurídico, que se da a partir de una exclusión desde la cual se le puede dar muerte a cualquiera que la conforme.

Con ello, demarca que lo novedoso de la modernidad, no es en sí la inclusión de la *zoé*<sup>14</sup> en la *polis*<sup>15</sup>, tal como lo delimitaban concepciones foucaultianas de la biopolítica; lo que aquí sucede es que la nuda vida y el espacio que habita coincide paulatinamente con lo político, de modo que ya no se ubica por fuera del orden jurídico. De esta manera, la exclusión (asociado al *bios*<sup>16</sup>, a lo externo y al derecho) e inclusión (asociado a *zoé*, a lo interno y al hecho), entran en un espacio de irreductible indiferenciación, convirtiendo a la excepción en regla. (Agamben, 2006, pp.18-19)

Del mismo modo, la excepción se entiende como una especie de exclusión de un caso individual en relación a la norma general, sin que esto signifique que lo excluido quede completamente desligado de la norma; sino que, por el contrario, queda conectado a ella a la manera de una suspensión. Por lo tanto, el estado de excepción es la situación provocada por la suspensión del orden jurídico-político, el cual posee la estructura de una inclusión de lo que es paralelamente rechazado hacia afuera. (Agamben, 2006, pp. 30-31)

Ahora bien, Agamben (2006) citando a Deleuze (s.f., p.445), indica que “la soberanía no reina más que sobre aquello que es capaz de interiorizar”. (p.30) Esto refleja justamente el intento de “encerrar el afuera” de una

---

<sup>13</sup> En el capítulo “Homo Sacer: La Nuda Vida” de este trabajo se encontrará la definición y el análisis del concepto de *Homo Sacer* desde los postulados de Giorgio Agamben.

<sup>14</sup> Se refiere a aquello que está lleno de vida, lo viviente.

<sup>15</sup> Es aquello que se designa a ciudad, territorio o ciudad-estado de la Antigua Grecia.

<sup>16</sup> Representa al hombre como animal que posee logos; es la vida que nos viene de afuera.

sociedad, lo cual llevado al campo de la soberanía se torna aún más complejo. De este modo, cuando el orden jurídico ve afectada su validez, lo que está fuera se incluye, dándole así cese a la excepción, provocando que lo exterior y lo interior entran en relaciones topológicas complejas que posibilitan la validez del ordenamiento. (Agamben, 2006, pp.31-32) Precisamente allí radica el “vigor” de la ley, que es esa capacidad de mantenerse en una relación con la exterioridad; una relación de excepción que incluye algo únicamente por medio de su exclusión. (Agamben, 2006, p.31)

De igual forma, Agamben (2006) sostiene que la excepción es la estructura de la soberanía en sí misma, por lo que no se trata solo de un concepto político, jurídico o de derecho, sino que esta es justamente la estructura originaria en la que el derecho se refiere a la vida y la incluye en él a través de la propia suspensión. (p.43) En consecuencia, quien ha sido puesto en una relación de excepción no ha quedado fuera de la ley, lo que sucede es que la ley lo abandona y lo deja a la deriva de cualquier peligro, en los límites de la vida, en donde se confunden exterior e interior. Por ello dirá, que “la relación originaria de la ley con la vida no es la aplicación, sino el Abandono. “La potencia insuperable del *nómos*<sup>17</sup>, su originaria “fuerza de ley”, es que mantiene a la vida en su bando abandonándola” (Agamben, 2006, p.44).

Con lo anterior presente, la soberanía es entonces catalogada como “la ley más allá de la ley a la que estamos abandonados”; se trata del poder autopresupositivo del *nómos*. (Agamben, 2006, p.80) De manera tal, que solamente si se logra pensar al “ser del abandono más allá de toda ley”, aún si esto fuera presentado en la forma vacía de “una vigencia sin significado”, se puede hablar de una verdadera salida de la paradoja de la soberanía, en camino a una política liberada de cualquier bando. (Agamben, 2006, p.80)

---

<sup>17</sup> Es el sentido de la ley como sentido de justicia.

### ***Homo Sacer: la nuda vida***

El Homo Sacer es la encarnación del concepto de “nuda vida” en sí mismo, aquel al que cualquiera puede matar sin que esto signifique algún homicidio, ejecución, sacrificio o sacrilegio, siendo que su vida se incluye únicamente en forma de exclusión. La ley se aplica en tanto es desaplicada en él, del mismo modo en que este es incluido en la comunidad como la posibilidad de una muerte violenta, o al pertenecer al dios en el modo de la insacrificabilidad; es pues, que la vida insacrificable a la que paralelamente se le puede dar muerte, es la vida sagrada” (Agamben, 2006, pp.107-108), la vida del Homo Sacer.

Por lo tanto, la condición de Homo Sacer yace en la doble exclusión (“una excrecencia de lo profano en lo religioso y de lo religioso en lo profano”) de la que es preso y de la violencia a la que está expuesto, sustrayéndose así de aquellas formas de sanción del derecho humano y del divino. (Agamben, 2006, p.108) Es justamente esta forma de vida humana, la nuda vida (vida sagrada), la que constituye el núcleo del poder soberano y, por consiguiente, su producción es la contribución originaria de la soberanía; es lo que el poder soberano pretende validar como un derecho fundamental en todas las esferas, lo que sin embargo, contrariamente expresa poseer en su origen la exposición a la relación de abandono, la vida ligada a un poder de muerte. (Agamben, 2006, p. 109)

Agamben (2006) señala que para poder hacer de la víctima algo sagrado, es necesario cumplir con el objetivo de la muerte: se debe separarla del mundo de los vivos, de manera tal que logre traspasar el umbral que separa ambos universos. (p.118) Desde este lugar, se trae a colación el soma, término que desde su origen griego significaba netamente “cadáver”, y que actualmente designa de manera equivalente lo que se cataloga como “cuerpo”; es como si a los griegos, para quienes la vida se presentaba en una pluralidad de aspectos y elementos diversos, apareciera como unidad solo después de la muerte. (Agamben, 2006, pp.88-89)

Por otra parte, la relación unaria entre la vida y la muerte se puede encontrar en la figura del derecho romano denominada *vitae necisque potestas*, la cual hace referencia al poder que posee el padre sobre la vida y la muerte del hijo. Según Agamben (2006) es sobre esta figura que reposa el modelo del poder político en general, siendo que el mito genealógico del poder soberano es que el “imperium del magistrado no es más que la *vitae necisque potestas* aplicado a todos los ciudadanos”. (p.115) Es así como se plantea que el primer fundamento de la política es justamente una vida a la que se puede dar muerte, y que se politiza gracias a esta misma posibilidad; esta es la nuda vida, la vida sagrada. (Agamben, 2006, pp.113-114)

De esta manera, la nuda vida del Homo Sacer remite a una idea de sacralidad que no alcanza a ser definida a través de la oposición sacrificable/insacrificable, sacrificio/inmolación de los rituales de los pueblos de antaño, sino que más bien su importancia reside en constituir el referente de la violencia soberana como tal. Es en este sentido que en la modernidad, la sacralidad de la vida se ha desvinculado completamente de la ideología sacrificial, y por este motivo, lo que hoy se encuentra es una vida expuesta a una violencia sin precedentes, la cual se muestra en los modos más profanos y banales. (Agamben, 2006, p. 146)

Consecuentemente, no es tan solo el dominio del derecho sobre la vida del sujeto lo que se extiende en la nuda vida y cesa con esta, sino que también la disolución de la violencia jurídica remite como tal a la culpabilidad de la nuda vida natural, la cual inocente y desdichadamente entrega al viviente la pena a través de la cual “expía su culpa y purifica al culpable”, pero no a favor de una culpa, sino en verdad del derecho. (Agamben, 2006, p. 108) Las culpas se asocian a la *sacratio*<sup>18</sup> en forma de un borramiento de los límites de la ciudad.

En este sentido la violencia ejercida por el hijo hacia su padre y el fraude del patrono a su cliente no poseerían el valor de transgresión de una norma con su sanción correspondiente; sino que por el contrario, constituirían en sí

---

<sup>18</sup> Lo sagrado, aquello restringido y asociado a una divinidad.

mismas la excepción originaria desde la cual la vida humana, que está inherentemente expuesta a recibir la muerte, es incluida en el orden político. “No el acto de trazar los límites, sino su supresión o negación como, por lo demás, dice a su manera con perfecta claridad el mito de la fundación de Roma es el acto constitutivo de la ciudad.” (Agamben, 2006, p.108)

Desde aquí se concluye que el Homo Sacer, desde la restitución de su propio lugar ubicado más allá del derecho penal y del sacrificio, ofrece una “figura originaria de la vida apresada en el bando soberano”, y es solo por este medio que puede conservar la memoria de la exclusión originaria desde la cual se erigió la dimensión política. (Agamben, 2006, pp.108-109) Como consecuencia, el espacio político de la soberanía se habría constituido por una doble excepción a modo de “una excrecencia de lo profano en lo religioso y de lo religioso en lo profano” (p.109), lo que provoca que sacrificio y homicidio estén indiferenciados. Lo soberano se configura así como el territorio en el cual se puede matar sin cometer homicidio y sin celebrar un sacrificio; y la vida sagrada, como aquella que ha quedado expuesta a que se le dé muerte pero es insacrificable, quedando ligada a este territorio soberano. (Agamben, 2006, pp.108-109)

### ***El hombre posmoderno de la necropolítica: la biopolítica desde la muerte***

Siguiendo a Agamben (2006) desde la concepción del Homo Sacer y la nuda vida, es entonces necesario poder analizar el Shoah<sup>19</sup> como aquel evento que demarcaría la nueva relación entre el hombre y el biopoder. De esta manera, se plantea que el exterminio judío no debería de ser visto con un aura sacrificial, tal como se ha pretendido historiográficamente, sino como lo que en esencia y en palabras de Hitler fue: un aniquilamiento “como piojos”. Esta es precisamente la nuda vida, aquella a la que se puede dar muerte pero que es insacrificable.

---

<sup>19</sup> Holocausto.

El haber matado a los judíos no ocurrió en medio de un gran holocausto delirante ni constituyó en sí la ejecución de una pena capital, mucho menos un sacrificio, sino que desde la condición de judío, estos estaban ligados a la simple posibilidad de recibir la muerte. (Agamben, 2006, p. 147) Retomando el trabajo de Alemán (2009), este autor señala que al ser el odio racista un reflejo de considerar al Otro como un goce desarrollado o como portador de un exceso de goce mortífero, ligado paralelamente a la “ideología de supresión del sujeto” estipulado por la Ciencia, se puede comprender los motivos por los que Lacan ubica el punto de fuga de las sociedades contemporáneas en el campo de concentración. (p.346)

De este modo, si se asocia al presente este exterminio que no tenía dimensión en el derecho o la religión, sino en la biopolítica, nos percataremos de que la figura propuesta en la actualidad es la de una vida insacrificable, la cual replica los principios del Homo Sacer en la medida en que nos hemos convertido en vidas eliminables inauditamente. Así, los tiempos contemporáneos se caracterizan por producir más víctimas por accidentes de tránsito en las autopistas europeas que en una campaña bélica. (Agamben, 2006, p.146) Y esto puede ocurrir solamente porque la política se ha convertido integralmente en biopolítica, de modo que se ha constituido como una política totalitaria. (p.152) En palabras de Agamben (2006):

La sacralidad es una línea de fuga que sigue presente en la política contemporánea, que, como tal, se desplaza hacia regiones cada vez más vastas y oscuras, hasta llegar a coincidir con la misma vida biológica de los ciudadanos. Si hoy ya no hay una figura determinable de antemano del hombre sagrado es, quizás, porque todos somos virtualmente *homines sacri*.<sup>20</sup> (p.147)

Por ello, a causa de que la vida biológica se transforma en el hecho políticamente decisivo, es que en el siglo XX y XXI las democracias parlamentarias han podido convertirse rápidamente en estados totalitarios, de la misma manera que estos últimos han podido convertirse sin continuidad en democracias. Las distinciones entre derecha/izquierda,

---

<sup>20</sup> Hombre sagrado, mismo concepto de Homo Sacer.

liberalismo/totalitarismo y privado/público entran a un terreno de indeterminación, porque lo que importa netamente es determinar el modo de organización más eficaz para asegurar el control sobre el ciudadano y el disfrute de su referente fundamental: la nuda vida. (Agamben, 2006, pp. 154-155) A saber, alemán (2009) propone desde el psicoanálisis: “En el Discurso Capitalista, como en su día en los totalitarismos modernos, se encuentra en una forma implícita el proyecto de producir un sujeto nuevo, sin legado histórico ni herencia simbólica.” (p. 346)

Así, la línea que divide la vida y la muerte en el Estado moderno y actualmente en el posmoderno, es muy movediza y tenue, por lo que la frontera entre ambas zonas no está claramente delimitada. La decisión sobre la vida se convierte también en decisión sobre la muerte, transformando así la biopolítica en tanatopolítica, de modo que tras esta línea movediza se sitúan zonas cada vez más amplias de la vida social. (Agamben, 2006, pp.155-156)

Ahora bien, para analizar lo aquí expuesto por Agamben, se toma como referencia el texto *Necropolítica* de Achille Mbembe (2011), desde el cual se plantea la soberanía como aquello que puede decidir quién vive y quién muere, pero también quién importa y quién no. De esta manera, tomando como referencia los postulados de Foucault, propone que el biopoder funciona desde la segregación de las personas que deben morir con respecto a las que deben vivir, por lo que este poder debe necesariamente operar desde el campo biológico, tomando el control e inscribiéndose en él. (Mbembe, 2011, pp. 21-22)

Esto deriva de manera irremediable en el racismo, el cual es básicamente la distribución de la especie humana en distintos grupos y su consecuente división en subgrupos, la cual establece una ruptura biológica entre ellos. Desde la política occidentales es la raza, más que la clase social económica, la que ha constituido la sombra de sus prácticas, sobre todo cuando se piensa en la dominación que debe ejercer sobre los pueblos extranjeros a los cuales considera carente de humanidad. (Mbembe, 2011, p.22) El estado Nazi es el ejemplo mejor logrado de la fusión entre guerra, política,



racismo, homicidio y suicidio, habiéndose combinado en él un arquetipo que encerraba las características del Estado racista, el Estado mortífero y el Estado suicida. (p.24)

Mbembe (2011) ubica uno de los imaginarios de la soberanía en la percepción de la existencia del Otro como atentado a la propia vida, a modo de una amenaza mortal y absoluta que debe ser eliminada para reforzar el potencial de vida y la seguridad. (p.24) Las críticas dirigidas hacia la modernidad en torno a esta percepción de la soberanía, radica implícitamente en la definición de lo político como relación guerrera (su voluntad y capacidad de matar), poniendo en tela de juicio el hecho de que la vida deba de pasar necesariamente por la muerte del Otro, que paralelamente desemboca en el devenir-objeto del ser humano. (pp. 24-25)

Esto se ve reflejado en la serialización de los mecanismos técnicos como el proceso de deshumanización e industrialización de la muerte durante la modernidad, que paralelamente visibilizan la fusión entre la razón humana (y su creencia del poder sin límites), el terror, la dominación y la emancipación, los cuales se han apoyado en concepciones de la verdad y el error (lo real y lo simbólico) heredadas del Siglo de las luces. (pp. 25-28) Como consecuencia, se puede considerar que la erradicación de la condición humana, cuya característica es inherentemente la pluralidad, es el principal objetivo del Estado, el *telos*<sup>21</sup> de la Historia (p.30)

Desde este punto, una de las primeras manifestaciones de la biopolítica se dio en la esclavitud, durante el sistema de plantación, lugar en el cual el esclavo era de completa pertenencia del amo; al esclavo se lo dominaba de manera absoluta, obteniendo como resultado una triple pérdida: la del hogar, la de los derechos sobre el cuerpo y la del estatus político. (Mbembe, 2011, pp.31-32) Y como entre amo y esclavo no puede existir una comunicación lingüística que no sea la de la queja silenciosa o la evasión, o la de la rebelión y el suicidio, el esclavo es solo una forma de muerto en vida, sometido completamente a los violentos caprichos del amo. De manera

---

<sup>21</sup> El propósito, la virtud por la cual el ser humano hace algo, siendo el fin último la felicidad.

cruel, el amo es propietario de la vida del esclavo, disolviendo por completo su humanidad, afirmando desde esta relación desigual, la desigualdad del poder sobre la vida. (Mbembe, 2011, p.34)

Esta forma de esclavitud racial ocurrida durante la colonia representaría el lugar en el que la “guerra sin fin” simboliza la paz, y en el cual la soberanía se ejerce al margen de la ley; por lo tanto, sin estar organizada como Estado, la colonia opera como fronteras habitadas por “salvajes”. A estos no se los considera sujetos soberanos movilizados en una guerra, a los que se les brinda respeto en tanto su condición de enemigos que lucha por la soberanía, por lo que un acuerdo de paz es simplemente imposible. (Mbembe, 2011, p.39) Es decir, no hay distinción entre el estatuto de enemigo y el de “criminal”. Por ello, en las colonias se puede suspender por completo el orden y las garantías judiciales, siendo que la violencia propia del estado de excepción es invocada como un supuesto servicio a la “civilización”. (p.39)

De esta forma, la vida salvaje del indígena no era más que una horripilante forma de vida animal a los ojos del conquistador europeo, por lo que este no consideraba que cometía un crimen al asesinar a una criatura que se le hacía insoportable, más que por su color de piel, por su condición de ser humano “natural” (integrado a la naturaleza en sí mismo). Esto debido a que irremediablemente contemplar la realidad de la vida de manera todopoderosa los ubicaba a sí mismos como seres irreales. (Mbembe, 2011, p.40) En este sentido, la colonia es una especie de ilusión de lo Real, de muerte y hostilidad absoluta, en donde la guerra no tiene como fin alcanzar la paz, sino continuar perpetrando la masacre de un enemigo absoluto. (p.41)

Ahora, si bien la época de la colonia parece ser una realidad lejana, el imperialismo europeo sigue estando presente en la estructura que se erigió en territorios conquistados. Lo que hace la ocupación colonial, que es en sí misma soberanía, es relegar al colonizado a un estatuto de objeto. (Mbembe, 2011, p.43) Es de aquí de donde surge el principio de las zonas

reservadas específicamente para las razas inferiores, en donde la pobreza y la opresión son pan de cada día.

Es pues, que estas zonas surgen a modo de una división compartimentada en la que se traza claras fronteras internas, las cuales dividen la ciudad del colonizador de la del colonizado, siendo que en esta última se puede vivir y morir de cualquier forma y como cualquier cosa. Es en este lugar en donde la soberanía decide quién tiene importancia y quién no. (Mbembe, 2011, p.45) Además, en estas colonias contemporáneas la vigilancia es ejercida tanto hacia el exterior como al interior, sirviendo como dispositivos ópticos urbanos en el que el ojo actúa como arma. Es así como la ocupación colonial como se la vive en la actualidad, no solo da cuenta de un lugar de vigilancia, control y separación, sino también de aislamiento (Mbembe, 2011, p.49)

### ***Biopolítica de los cuerpos pobres: cómo gobernar la excepción***

Desde el neoliberalismo<sup>22</sup>, la vigilancia es la manera de establecer un espacio de excepción, de modo que por este medio se logra controlar y cuidar la conducta de los individuos, con el objetivo de regular sus hábitos y comportamiento, bien sea para replicarlos o para transformarlos. En consecuencia, la vigilancia, ejercida sin importar ser autorizada, toma fundamental importancia en el sistema de vida de los Estados posmodernos. Es así, que la democracia heredada del siglo XX, expandida por el empuje a una burocracia encargada de administrar aspectos vitales de la población, termina por incrementar los niveles de vigilancia. (Arteaga & Bacarlette, 2010, pg. 270)

Ahora bien, la vigilancia se conjuga como la base de la igualdad y la equidad, pues asegura el ejercicio de pertenencia en los sujetos de una población, de modo que pueda ejercerse control social sobre ellos. Dicho

---

<sup>22</sup> Teoría política y económica que busca desligarse lo más posible del Estado y de su intervención, de modo que exista el libre mercado.

dispositivo no deja de ser replicado en los grupos más pobres de una sociedad, para quienes las nuevas tecnologías intensifican el monitoreo de su vida diaria, sus costumbres y rutinas. A través de ellas, el Estado es proporcionado de valiosos datos, que permiten justificar el acceso a los fondos de beneficencia, así como el cese de estos beneficios. (Arteaga & Bacarlette, 2010, pg. 273) De este modo, los gobiernos buscan regular la excepcionalidad bajo un velo de supuesta protección de los derechos, de modo que lo que de otra manera terminaría por configurarse como abyecto, intenta ser mantenido en la extimidad, formando parte nuclear de la sociedad únicamente desde sus límites más fronterizos. Arteaga & Bacarlette (2010) señalan:

Lo que se encuentra detrás de esta vigilancia hacia los pobres, como dispositivo biopolítico es, al parecer, la necesidad de construir sujetos a partir de las rutinas y los comportamientos que mantienen, conduciendo la mirada hacia el cuerpo biológico en la figura del consumo para la supervivencia, la reproducción sexual, los hábitos considerados perniciosos (como el tomar alcohol o fumar, entre otros). El pobre es concebido por estos dispositivos de vigilancia como un individuo que se encuentra en el límite de la naturaleza (la mera supervivencia biológica o vida nuda) y la vida social plena, lo cual vuelve a colocar al pobre en una zona de indistinción, entre la vida natural y el orden legal. (p.275)

Por lo tanto, para que se continúen reproduciendo estas relaciones desiguales de poder, es necesario reforzar la existencia de cuerpos pobres, cuyas subjetividades puedan ser modeladas a conveniencia. (Arteaga & Bacarlette, 2010, pg. 278) Es así como la identidad de los grupos sociales más vulnerables se manifiesta bajo el nombre de bonos que delimitan la condición humana de los individuos: el bono a las madres solteras, el bono a los discapacitados, el bono para la tercera edad, el bono al agricultor, entre otros tantos bonos cobrados por individuos que viven en la pobreza. De esta manera, el poder soberano orienta una máquina de gestión de la población hacia el espacio indeterminado de la pobreza, el cual es central para la reproducción de las sociedades contemporáneas, sobre todo, si se toman en cuenta los análisis de datos que muestran que el número de pobres continuará creciendo, sobre todo en Latinoamérica. (Arteaga & Bacarlette, 2010, pg. 276)

Desde este espacio de indeterminación, no se trata particularmente de que el pobre sea aquel que sufre de una carencia de bienes y servicios, sino que la condición de pobre está determinada en función de la medida en que se lo considera un “sujeto” de atención y ayuda; y este, a su vez, se considera a sí mismo como alguien que por su incapacidad de producir riquezas, posee un derecho de recibir caridad. Así, la base de la ayuda asistencial a los pobres es la del derecho de los necesitados a recibir caridad en cualquiera de sus presentaciones. (Simmel, 2014, p.42)

Por lo tanto, este derecho de asistencia a la pobreza puede ubicarse en la misma categoría que la del derecho a la vida o al trabajo, y se traza bajo un modo de relación particular entre el individuo (pobre) y la sociedad, pese a que esto no garantiza que tales derechos puedan ser garantizados. Sin embargo, si estos derechos no pueden cumplirse, no es necesariamente por falta de elementos técnicos que puedan garantizarlos, (abrir más empresas o capacitar laboralmente a los pobres), sino por la relación entre quien da y quien puede demandar obligatoriamente este derecho. En consecuencia, los pobres no están en condición de pedir su garantía, porque son absolutamente anulados como “sujetos legítimos y centros de interés”. (Simmel, 2014, p.45)

Lo que realmente importa aquí, es únicamente lo que el acto de donar signifique para el donador, pues ya incluso desde las enseñanzas bíblicas, el rico debía dar sus bienes a los desafortunados, solo en la medida en que el pobre constituía un medio para su salvación. Estos principios siguen estando presentes aún en el Estado moderno, sobre todo en las instituciones encargadas de resolver los problemas relacionados a la pobreza, pues ubica a los pobres en una categoría distinta al resto de la población, a diferencia de otras instituciones estatales que se dirigen a la totalidad de los individuos.

Por ello, el individuo pobre es el último eslabón de la cadena al que se debe prestar atención tan solo con el propósito de mantener protegida y ordenada a la comunidad. Vale recalcar que el pobre no puede constituir ni siquiera un medio en sí mismo, porque no son tomados en cuenta como individuos que ayudan al progreso social, sino que las instituciones del Estado solo buscan

suprimir las pérdidas y los peligros que ellos podrían representar para el resto de la población (Simmel, 2014, p.48) A lo que se apunta es a mitigar las manifestaciones de extrema desigualdad, sin que esto signifique eliminarlas completamente, ya que es sobre dichas diferencias que se estructura una sociedad.

De esta manera, la figura social de la pobreza no está realmente amparada bajo una obligación de asistencia, ya que los individuos pobres no tienen ningún recurso jurídico para acceder a ella; y si es que la reciben no pueden reivindicarla. Desde este lugar, Simmel (2014) señala que la asistencia pública otorgada por el Estado moderno relativamente democrático, es la única figura de administración en la que los supuestos beneficiados no tienen participación alguna; se trata más bien de una aplicación de medios públicos para fines públicos a la que se le puede modificar en cualquier momento los derechos y las obligaciones que la rigen, puesto que los pobres están excluidos de la cadena teleológica. (Pp.52-53)

Por lo tanto, si bien existen un sinnúmero de instituciones y políticas públicas, planes y programas dedicados a la asistencia a pobres, estos no tienen el modo de exigir ser beneficiados, ya que no tienen derechos a reclamarla. Es así como se coloca a los pobres fuera del Estado, como si fuera un extranjero, sin posibilidad de reclamar sus “derechos de pobres”, pero se los integra de manera orgánica. Este es justamente el estado de excepción planteado por Agamben como tal: la situación particular en la que el pobre se ve incluido desde la exclusión. De manera particular, es lo que Agamben (2006) definía en torno al soberano, siendo este aquel que puede “decidir la excepción”, en qué momento la ley se suspende. (p.110)

Ahora, si bien es cierto que la figura “abandonada” del pobre no representa necesariamente la misma situación que la del judío recluido en un campo de concentración, este también habita un espacio de excepción. En su situación de carencia, los pobres no tienen un estatus jurídico que les permita reclamar por ningún tipo de ayuda. Se liga al Estado en el plano de lo orgánico, en tanto que carente de bienes comunes y servicios básicos, y excluido de sus derechos (los que en papel tiene pero a los que no puede

acceder por su misma condición), vive cercano al estado de naturaleza asociado a la nuda vida, a la exclusión que incluye. Se encuentran así en un permanente estado de excepción.

Por ello, Arteaga & Bacarlette (2010) plantean que el cuerpo del pobre no es un cuerpo excluido sino un cuerpo abandonado, al cual se incluye en virtud de su exclusión, que se encuentra desposeído por la ley y abandonado completamente al poder soberano. (p.281) Contra la pobreza se combate por ser en sí misma un estado de excepción, de posible virulencia para la comunidad, por lo que debe ser excluida del orden legal, pero incluida en el régimen soberano del poder en su estatuto meramente biológico.

Las ciudades perdidas, los barrios marginales y las favelas son un conjunto de nombres entre tantos otros que permiten denominar aquellos espacios en donde el Estado se ha dispuesto a reducir la vida a la mera reproducción biológica. (Artegeaga & Bacerlette, 2011, p. 284) Es desde aquí que se construye el discurso “minimalista” de las políticas neoliberales en torno a la pobreza, el cual busca delimitar siempre lo mínimo posible para los pobres: salario mínimo, canasta básica, condiciones mínimas para la supervivencia. (Arteaga & Bacarlette, 2010, p.284) Por lo tanto, es similar a vivir en un mundo de muertos vivientes, siguiendo la teoría *necropolítica* de Mbembe (2011), en donde los pobres no pueden acceder a espacios para los vivos: espacios recreacionales dignos, escuelas, zonas residenciales, centros comerciales; solo acceden a aquellos que les garanticen una mínima experiencia de vida, sin poder consumir algo más allá de lo básico.

Aquí vale la pena introducir lo que Sayak Valencia (2010) denomina *Capitalismo Gore*. De este modo, el capitalismo actual queda traducido a una especie de *neofeudalismo* ultraviolento, en el cual se han roto todos los tabúes que giran en torno a la vida y a la economía, haciendo todo lo que está a su paso víctima de sus prácticas. (Valencia, 2010, p. 50) Es pues, que el capitalismo ya no radica únicamente en un sistema de producción económica, sino en una verdadera máquina de “construcción cultural biointegrada”. (p.50) Además, sus efectos se han sentir en una violencia que surge en los países del Tercer Mundo, a causa de la caída de la

economía de los países primermundistas, causada por la crisis del *hiperconsumismo*.

Es decir, que al momento en que el sistema económico y de mercado tambalea en los grandes centros de poder, se genera una suerte de onda expansiva que afecta a países tercermundistas, los cuales han venido sumando las crisis económicas y sociales instauradas desde el colonialismo, generándose así un *poscolonialismo* cuyos efectos retornan y afectan también al Primer mundo. Frente a estas exigencias de consumo, se instaura un mecanismo de violencia impulsado por un supuesto empoderamiento y autoafirmación que no pueden ser cumplidos por poblaciones de países menos desarrollados.

Como consecuencia, las grandes migraciones provenientes de las zonas rurales a la ciudad, toman lugar a causa del olvido de los gobiernos y de la precarización extrema, puesto que el trabajo en el campo no reportaba beneficios productivos rápidos. (Valencia, 2010, p. 54) Lo que esto produce es un desbalance del sistema que lo vuelve invivible, lo cual también se traduce en un crecimiento de la clase precaria, a la cual Valencia (2010) propone pensarla como desarraigada de la categoría de pobreza. (p.54) Puesto que ante los valores del *capitalismo gore*, las clases sociales que solían estar bien identificadas y que subsistían a través actos solidarios de la población, actualmente son “desafiliados” de ella, siendo invalidados y descalificados socialmente. (Valencia, 2010, p.54)

Por lo tanto, deja de existir una verdadera cohesión social, situación de la que grandes poderes que se oponen al Estado pueden aprovecharse. Este es el caso que se da actualmente con el narcotráfico, el cual sí puede ofrecer puestos de trabajo, revalorizando la vida de personas que no pueden responder a los imperativos de consumo de este capitalismo *poscolonial*. Aquí también puede entrecerse una ruptura ética que es igualmente compartida entre la industria farmacéutica y el narcotráfico, ya que en ambos casos se privilegia la ganancia económica antes que la vida humana. (Valencia, 2010, p.55)



De este modo, cada día el pobre subsiste en una “zona de poder salvaje” que se caracteriza por la violencia y la precariedad, lugar en donde se registran altos índices de criminalidad, muerte infantil, violencia intrafamiliar y sexual, la desnutrición, el crimen, entre tantas otras representaciones. (Arteaga y Bacarlette, 2011, p.284) Esto causa la sensación de vivir en una zona sostenida por un poder soberano que gestiona y produce muerte, desde la cual se puede observar también la violencia política en forma de vigilancia. Y si el pobre es vigilado, no es tan solo por su carencia económica, sino porque para el Estado, el pobre entraña en su ser a un delincuente en potencia, un “salvaje” y un marginal que no posee las herramientas para integrarse a la sociedad. (282-283) Es así como finalmente el pobre se convierte en la figura contemporánea que encarna de manera más extendida al Homo Sacer y a la nuda vida.

### ***Lo abyecto y lo sucio: los cuerpos violentados de la marginalidad***

Julia Kristeva (2004) define lo abyecto como aquel objeto que es expulsado del sujeto y se le opone, pero que a su vez ejerce atracción sobre él. (p.11) Este objeto existe como una amenaza para el sujeto, en tanto se constituye como un polo de atracción que se expulsa a causa de la perturbación que provoca. (Kristeva, 2004, p.11) Lo abyecto solicita y destruye al sujeto simultáneamente, siendo su máxima manifestación la de ser reconocido por él dentro de sí mismo, luego de intentar incesantemente reconocerlo fuera de sí, encontrando lo imposible en su propio ser, para descubrir que él no es otro que siendo abyecto. (Kristeva, 2004, p.12)

Según señala Kristeva (2004), este acto de la abyección de sí es la forma culminante de la experiencia del sujeto al cual le ha sido develado que todos sus objetos se erigen únicamente sobre la pérdida inaugural que funda su propio ser; es aquello que demuestra que toda abyección es un reconocimiento de la falta de todo ser, sentido, lenguaje y deseo. (p.12) En consecuencia, lo abyecto será todo lo que pone en duda la universalidad de la ley, evidenciando su fragilidad. Por ello, Kristeva (2004) dejará en claro que no se trata únicamente de la ausencia de salud o de limpieza, sino de aquello que perturba profundamente una identidad y un sistema. (p.11) Por

lo tanto, los fenómenos simbólicos y sociales que dejen a la luz esta cualidad de ambigüedad e impureza, serán calificados de abyectos.

Ahora bien, desde la teorización literaria y psicoanalítica del concepto de lo abyecto, se plantea que los contenidos inconscientes no son tan radicalmente excluidos como para que sujeto/objeto se puedan diferenciar con claridad, y sin embargo, alcanza una nitidez suficiente como para que se pueda provocar una posición de rechazo (defensa), a la par de una elaboración sublimatoria. Así, la oposición fundamental que se da a partir de esta operación será entre Yo y Otro, y de manera más arcaica, entre Adentro y Afuera, de tal modo que pareciera que esta posición elaborada desde la neurosis, “subsimiese la operada entre Consciente e Inconsciente.” (Kristeva, 2004, p. 15)

De esta manera, habrán existencias que pondrán en cuestionamiento incluso la teoría del inconsciente, dado que su dinámica corresponde a una dialéctica de la negatividad, siendo que no están sostenidas por un deseo (de objetos), sino que más bien están fundadas en la exclusión; así se distinguen claramente de la neurosis o la psicosis, las cuales están más bien articuladas a la negación, la transgresión, la denegación y la forclusión. (Kristeva, 2004, p.14) “Esta matriz excluyente mediante la cual se forman los sujetos requiere pues la producción simultánea de una esfera de seres abyectos, de aquellos que no son “sujetos” pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos.” (Butler, 2002, p. 19)

Bajo esta lógica de la exclusión, se originan espacios habitados por los marginales, seres abyectos empujados a vivir fuera del entramado simbólico instaurado socialmente. Según Christian León (2005) dichos lugares están invadidos por la violencia y la muerte, las cuales se presentan con un azar acechante, siempre ligadas al implacable destino, dejando a la vista la imposibilidad de soberanía y la incapacidad del Estado moderno para administrar estos espacios sin ley. (p.38) En las historias de aquella realidad que transita fuera de toda jurisdicción estatal, la violencia no se presenta como un medio de pacificación y construcción social, sino como un fin en sí

mismo; su presencia se exagera hasta apoderarse de todas las actividades cotidianas y de las prácticas simbólicas. (León, 2005, p.39)

Esta violencia descarnada, ausente de toda moral establecida, muestra una clara incapacidad del Estado para garantizar la seguridad de su población, quedando a la luz la disolución del pacto social. Es así, que “todo crimen, porque señala la fragilidad de la ley, es abyecto, pero el crimen premeditado, la muerte, la muerte solapada, la venganza hipócrita lo son aún más, porque aumentan esta exhibición de la fragilidad legal.” (Kristeva, 2004, p.11) De este modo, la universalidad de la institucionalidad establecida queda obsoleta cuando se visibiliza la existencia del mundo de la calle; las raíces de la violencia social, global e individual que ahí habitan, se hallan en un sistema formal excluyente, el cual opera no sólo a nivel económico y social, sino también en lo epistémico, simbólico y cultural. (León, 2005, p.39) Sobre esto, Judith Butler (2002) dirá lo siguiente:

Lo abyecto designa aquí precisamente aquellas zonas “invivibles”, “inhabitables” de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo “invivible” es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos. (p.20)

Estos son justamente los seres en virtud de los cuales existe lo abyecto, aquellos que son arrojados, separados, ubicados y situados, y consiguientemente convertidos en errantes que no se reconocen ni desean, tampoco pertenecen ni rechazan, sin poder evitar ignorar sus abyecciones, por más que no deseen reconocerlas (Kristeva, 2004, p.16). Se dirá que aquel que responde a lo abyecto no se pregunta sobre su ser “¿Quién soy?”, sino sobre su lugar “¿Dónde estoy?”, dado que lo que preocupa al excluido, al extraviado es precisamente su espacio, que nunca es totalizable u homogéneo, sino divisible y catastrófico; en virtud de esto, será el constructor de territorios y de lenguas, delimitando permanentemente un universo que está constituido por un no-objeto (lo abyecto) del cual se cuestiona su solidez. (Kristeva, 2004, p.16)

Con esto presente, León (2005) señala que desde la marginación provocada por la modernidad, las creencias y prácticas de las instituciones sociales se

desestructuran, y la racionalidad ilustrada causada por pactos y arreglos afines dejan de ser suficientes para entender los “irracionales” significados y comportamientos marginales. (p.40) Y es que los fundamentos teóricos sobre los que se erigen las configuraciones epistémicas de la “universalización” de saberes “racionalizados” tienen su raíz en la modernidad europea, los cuales no se estructuran bajo los mismos sistemas categoriales de racionalidad de los grupos marginales. (León, 2005, p.40) Como bien sostiene Judith Butler (2002) “los excluidos constituyen el límite contingente de la universalización” (p.62).

Desde esta perspectiva pues, es importante releer el lugar del marginal dentro del entramado social, ya que no únicamente queda excluido, sino que su exclusión permite la constitución del Estado como tal, respondiendo así a la categoría de abyecto planteada por Kristeva. Sobre esto, Agamben (2001), citado por León (2005) plantea lo siguiente:

Los marginados y excluidos lejos de ser el accidente esporádico en la universalidad del derecho marcan «una fractura biopolítica constitutiva» que funda la sociedad civil y el Estado modernos. Todo sucede pues como si eso que llamamos pueblo fuera en realidad no un sujeto unitario, sino una oscilación dialéctica entre dos polos opuestos: por una parte el conjunto Pueblo como cuerpo político integral, por otra, el subconjunto pueblo como multiplicidad fragmentaria de cuerpos menesterosos y excluidos. (p.44)

Desde el pueblo como subconjunto, las instituciones se ven rebasadas por el significante que encierra la imagen de los marginales, la cual deja entrever que existe una imposibilidad de incluir todas las formas de vida, de existencia colectiva, por lo que las definiciones sociales se muestran incompletas. (León, 2005, pp.41-44) Y una vez que se abandona el ideal normativo de la institución, se abre un campo ambivalente de una “moral poshumanista que no responde a un deber ser sino que se estructura como una respuesta a una forma de ser concreta.” (León, 2005, p.47)

En consecuencia, el ser marginal es un ser que habita el territorio provisionalmente, sin poder construir a largo plazo un proyecto que le permita compartir un horizonte con el resto de los que conforman una sociedad. (León, 2005, p.51) Los espacios en los que se mueve se tiñen

así de una descomposición social que debilita los cimientos del sujeto, de manera tal que si esta reflexión es llevada al extremo, se puede afirmar incluso la incapacidad estructural del marginal por acceder a la categoría de “sujeto”; su condición es la de una dispersión del sujeto moderno autocentrado y reflexivo. (León, 2005, pp.51-52)

Por ello, vale preguntarse por el papel de lo abyecto en la constitución del sujeto. Kristeva (2004) delimita lo abyecto como aquel pseudo-objeto que aparece recién en las brechas de la represión secundaria, pese a constituirse previo a esta como una suerte de “objeto” de la represión primaria (inseparable de las pulsiones), represión que a su vez cataloga como la capacidad del ser hablante, siempre habitado por el otro, de dividir, rechazar y repetir sin que esté todavía establecida la separación entre sujeto/objeto. (p.21) Es así como lo abyecto nos confronta a los intentos más arcaicos de diferenciación con la entidad materna, incluso previo a la “ex-istencia” dada por la autonomía del lenguaje, siendo la pre-condición del narcisismo: para ser quien soy, debo rechazar, “ab-yectar”. (Kristeva, 2004, p.22)

Consiguientemente, Brito García (1991) citado por León (2005) señala que “la personalidad del marginal es un yo dividido. Su existencia es una lucha inútil por la obtención de la totalidad.” (p.22) El marginal se debate entre el repudio y el deseo ante la posibilidad de formar parte de las instituciones culturales que construyen simbólicamente al sujeto, tales como la familia, la escuela, la empresa productiva, las ciencias, la moral, el lenguaje y el Estado, que son saberes que posibilitan la existencia del sujeto. (León, 2005, p.51) En la modernidad, no hay posibilidad de emerger como sujeto sin este vínculo formado en la dependencia, por lo que el sujeto no sería más que un efecto del poder; dado que el poder no es solo algo a lo que nos oponemos, sino también aquello de lo que depende nuestra existencia. (Butler, 2002, pp.12-19)

Por este motivo, el sujeto moderno es ambiguo, al estar construido y sometido por instituciones sociales, que a su vez lo definen como una subjetividad autónoma; es así como mientras se producen sujetos de la

institución, paralelamente se segregan y repudian a aquellos que no se ajustan a la norma. (León, 2005, p. 54) Es a esta lógica a la que responde la figura del nómada trabajada desde Deleuze y Guattari (2002) citado por León (2005), un ser errante característico del mundo de la calle, que no está determinado ni por el trabajo, ni por la siembra ni por la acumulación, sino por la violencia, la dispersión y el desplazamiento permanente; para él, ningún lugar es sitio para instalarse, pues todo es una etapa que solo existe como tal. (p.54)

El nómada (urbano) renuncia al deseo de todo lo establecido, su identidad está hecha de sucesivos desplazamientos descoordinados que yacen sobre una permanente fuga; es en sí mismo un devenir que no logra nunca expresarse en el lenguaje de sujeto, y en tanto no encuentra reconocimiento estatal, huye siempre de una muerte que lo acecha. (León, 2005, p.54) Milton Benítez (2002), citado por León (2005) asocia la figura del nómada con la del vagabundo latinoamericano, e indica que es un “ser ausente” y “suspendido entre el tiempo continuo del trabajo y el tiempo absoluto del instante, sin posibilidad de afirmarse en ninguno de los dos”; y es desde este lugar que la experiencia del vagabundo (marginal) se construye como “una memoria sin recuerdo” o como “la muerte del ser como sujeto”. (p. 55)

Finalmente, vale cuestionarse cómo desde la pobreza producida por un modelo de modernidad occidental generador de desigualdad, se continúa instaurando la existencia de seres de la calle, marginales, nómadas y vagabundos. Como concluye León (2005), estos seres abyectos son “criaturas sin pasado ni memoria, que han perdido todos sus vínculos de pertenencia como consecuencia de la pérdida de sus tradiciones populares (...) y la segregación del imaginario nacional.” (p.55) Es así que de la pobreza nacerá el niño de la calle, el microtraficante, el delincuente y otras tantas figuras que representan el sufrimiento de quienes ven coartada su identidad como sujetos deseantes.

### ***Breve historia del Ecuador: nacimiento, pobreza y Revolución***

Ecuador nace como Estado durante la época de la dominación de grandes latifundistas, dueños y señores de la tierra que ejercían el control total del poder regional. Por otra parte, los campesinos indígenas, siendo quienes conformaban la mayoría de la población, eran utilizados como trabajadores subyugados a la hacienda por medio del concertaje. La esclavitud de los negros era mantenida en ciertos lugares de Guayaquil y de la Sierra, al igual que las precarias, las cuales eran relaciones comerciales de corte *precapitalista*. (Ayala, 2008, El nacimiento de la República, párrafo 2) En las principales ciudades de la Sierra, los pequeños comerciantes y artesanos eran gobernados por una cúpula de propietarios rurales, burócratas y clérigos. (Ayala, 2008, El nacimiento de la República, párrafo 4)

La inestabilidad y la desarticulación se vivieron durante las primeras décadas de la República, ya que el control terrateniente de los latifundistas, el cual se asentaba en el régimen hacendario y se expandía en instancias locales y eventualmente regionales, no pudo unificar a los ecuatorianos. En consecuencia, se consolida una ruptura de la comunidad cultural y social entre las dominantes clases criollas y el pueblo. (Ayala, 2008, El nacimiento de la República, párrafo 7) Sin embargo, el control oligárquico hacia los campesinos y trabajadores urbanos era mantenida por medio de represión y manipulación ideológica; además, se instauró un tipo de votación que excluía a los analfabetos (siendo estos la mayoría), a los no propietarios y a las mujeres. (Ayala, 2008, El nacimiento de la República, párrafo 9)

Bajo este escenario, la República del Ecuador surge como un Estado débil y excluyente, en el cual se vio impuesto la continuidad de la visión hispánica a través de los latifundistas criollos, lo cual provocó la ruptura con la gran mayoría del pueblo. La dominación socioeconómica de los campesinos mestizos, los grupos populares urbanos y los indígenas, instaura conflictos sociales presentes durante todo el proceso de construcción del Estado, dando cuenta de una insatisfacción que no solo era vivida por los trabajadores explotados, sino también por aquellos que se animaban a manifestar las contradicciones en el discurso del poder regional y la

dominación racista. (Ayala, 2008, El nacimiento de la República, párrafo 11) Y si bien el proyecto político criollo prevalece a nivel nacional hasta finales del siglo XIX, hasta el día de hoy, en pleno auge de la posmodernidad, se pueden sentir los terribles efectos.

Durante el siglo XX, Ecuador continuó sufriendo una serie de cambios políticos sostenidos bajo el modelo capitalista, ya sea por medio de dictaduras o de supuestas democracias. De este modo, luego de una década de dictadura durante los años setentas, se empieza a instalar el modelo democrático capitalista que primó desde finales de los ochentas hasta inicios de los años dos mil, habiendo visto su cúspide y su caída en los noventas con el feriado bancario y la masiva migración de ecuatorianos tanto dentro (de las zonas rurales a las grandes ciudades) como fuera de país. Como muestra de esto, entre los años 1974 y 1993, los salarios reales se vieron reducidos en un 35%, mientras que la delincuencia aumentó en un 300%; las estadísticas durante los años dos mil eran aún más escandalosas. (Benavides, 2003, p.26)

Presidentes como Alarcón Ribera, Mahuad y Bucaram eran la figura de esta época, que junto a numerosos ministros y otras personas de altos cargos, fueron enjuiciados y, en algunos casos, condenados por enriquecimiento ilícito y peculado. Según Benavides (2003), la experiencia política del Ecuador puede ser difícilmente comprendida por otros países del Occidente, ya que el comportamiento social se encuentra sostenido por una intransferible experiencia local causada por las condiciones del entorno inmediato y las diferencias culturales (p.26). Por lo tanto, en los países con raíces prehispánicas se carece del verdadero sentido de una democracia formal, de tal forma que los partidos políticos se convierten en simples dictaduras de la estadística” (p.26).

Sin embargo, Ecuador ve surgir finalmente en el año 2006 una nueva esperanza en la figura de un hombre que le permite finalmente ver en el horizonte la Tierra prometida de las tan anheladas prosperidad e igualdad: Rafael Correa. La construcción de la nueva nación es amparada por la Revolución Ciudadana, el partido político del nuevo presidente Correa,



desde el cual se formula el primer gran Plan Nacional del Buen Vivir, que trazaba todas las estrategias y objetivos estatales para el cumplimiento del gran proyecto político. Del mismo modo, este partido político forma parte del Socialismo del Siglo XXI, denominado por algunos sociólogos y politólogos como el *posneoliberalismo latinoamericano*<sup>23</sup>.

El discurso oficial del gobierno de la Revolución Ciudadana giraba vehementemente en torno a la reducción de la pobreza y a la priorización de pueblos y nacionalidad que habían sido olvidados en anteriores gobiernos, para quienes finalmente se tenía como objetivo mejorar la calidad de vida. (Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.87) Los planes, programas, estrategias y proyectos de la Revolución se muestran llenos de términos como desigualdad, pobreza, inclusión e inequidad

Según el informe del INEC (2016) citado por Ariza, Guapi & Domínguez, (2019) la pobreza general se había reducido, presentándose el mayor beneficio en los pueblos afroecuatorianos y en los pueblos indígenas. (p.130) De este modo, según cifras anteriores presentadas por el INEC, durante el 2006 el 48,9% de afrodescendientes y el 70,9% de los indígenas se encontraban en situación de pobreza. (Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.87) Sin embargo, durante los años de mandato de Rafael Correa, la condición de pobreza se redujo en todos los grupos étnicos, sobre todo en los afroecuatorianos (19,3 puntos), y en menor medida en los indígenas (6,1), los cuales padecen de un mayor riesgo de ser pobres en comparación con otros grupos étnicos (Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, 2016, citado por Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.86)

En relación al sector salud, durante el año 2006 se registra un total de 16.199.151 consultas (que no necesariamente fueron atendidas), mientras

---

<sup>23</sup> Modelo neoliberal que se gestó en Latinoamérica, cuyo discurso se basa en la recuperación de la soberanía, de democracia directa y la participación ciudadana. Se trata de una renovación política que inspira grandes esperanzas, al mostrar rechazo a las políticas neoliberales. Sin embargo, no rompe con el neoliberalismo, tomando nuevos modos del control del capital y de la población.

que en el 2013 se llega a 39.030.460, representando más del doble del valor de años anteriores. (Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.87) De este modo, el número de interconsultas en el Primer Nivel de Atención logró incrementarse en un 118% entre los años 2007 y 2013, siendo que para el 2016 se logró alcanzar un incremento del 200%. (MSP, 2017, citado por (Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.89)

Sin embargo, ahí donde las cifras demostraban que todo iba marchando según los objetivos trazados, todo empieza a caer bajo su propio peso. Las pasiones que despertó Rafael Correa le significaron un sinnúmero de fervientes seguidores, pero también detractores indignados que no concordaban con su gestión política y sus aires totalitarios. Los diversos casos de corrupción de su gobierno se destapan progresivamente, y sale a la luz un nido de arañas difícil de esconder, por lo que con el fin de su mandato en el 2017, deja tierras ecuatorianas, y detrás de él una deuda pública que superaba el techo legal del 40% (Ariza, Guapi & Domínguez, 2019, p.89), así como también una población dividida entre aquellos con ganas de condenarlo por sus crímenes, y con otros esperando vehementemente su regreso. El sueño de la promesa de un Ecuador del siglo XXI se vuelve a desmoronar, pero lo que sí queda es la imagen de Correa en la memoria.

### ***Sistema de Salud del Ecuador***

En el Ecuador, el organismo encargado de regular el sistema de salud a nivel nacional es el Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual se encarga del control y vigencia de las normas establecidas constitucionalmente. Actualmente, el gobierno ha centralizado la planificación y la gestión de salud al gobierno central, a la par que existe una desconcentración de algunas funciones de orden técnico y administrativo hacia niveles zonales y locales. De tal forma, la división del país en distritos y zonas de salud que se circunscriben bajo una lógica geográfica y poblacional, empieza a regir desde el año 2012. Así mismo, se establecen unidades de salud (US) que están clasificadas según la complejidad de su atención, en A, B Y C. Los distritos son los encargados de elaborar y ejecutar el presupuesto del *Plan*

*Operativo Anual (POA)*, el cual debe de ser enviado a la Dirección de la Zona, para ser remitido y aprobado por el MSP en Quito, Ecuador. (Cañizares, Mena & Barquet, 2015, p.195)

En el año 2016, el número de establecimientos del Ministerio de Salud aumentó considerablemente, los hospitales básicos pasaron de 84 a 89, mientras que los generales de 26 a 32. (Cañizares, Mena & Barquet, 2015, p.196) Sin embargo, las enfermedades infecciosas siguen siendo la primera causa de morbilidad en el país. También se evidencia que durante el 2014, entre las principales causas de muerte se encontraban las enfermedades crónicas no transmisibles, reto que hasta el 2021, no se ha podido resolver. Así también, la gripe y la neumonía son las dos únicas enfermedades transmisibles entre ellas. Del mismo modo, se observó la incidencia del dengue, las enfermedades transmitidas por agua y alimentos, así como la mortalidad materna, lo cual daría cuenta de que aún con el crecimiento hospitalario, el Sistema de Salud no logra combatir eficientemente los problemas atribuidos a las malas condiciones sanitarias de ciertos grupos poblacionales. (Cañizares, Mena & Barquet, 2015, p.198)

De esta forma, a pesar de que hubo también un incremento en el personal de salud, este no ha podido satisfacer las necesidades presentes en las zonas urbanas y rurales, puesto que mientras la tasa de personal médico es de 29,01 en las zonas urbanas, en las rurales es de tal solo el 5,42. Por lo tanto, la mayor parte de los profesionales se mantienen en las grandes ciudades, por lo cual los habitantes de las zonas rurales se ven desprovistos de atención de salud, viéndose en la obligación de dirigirse a los puntos urbanos más cercanos, provocando así una sobrepoblación en hospitales que continúa mermando la calidad de atención. (Cañizares, Mena & Barquet, 2015, p.199)

A esto se le acompaña las barreras de acceso a la salud integral, la limitada protección financiera, puesto que las personas en pobreza que se ven afectados por una enfermedad, deben de gastar más de la mitad de sus salarios en medicinas y tratamiento. Los brotes epidémicos y la mortalidad materna persisten, dejando claro así que el Sistema de Salud no logra

alcanzar con los objetivos que se propone. (Cañizares, Mena & Barquet, 2015, p.202)

### **Capítulo 3: El cuerpo en psicoanálisis.**

#### ***El cuerpo desde Freud***

Desde el psicoanálisis, el cuerpo posee una connotación distinta a aquella proveniente de las ciencias naturales, en tanto no se trata únicamente de materia viva y carne. De este modo, el infante llega al mundo con un organismo, que no se convierte en un cuerpo, sino hasta que es marcado por los referentes identificatorios que lo rodean. Es decir, el sujeto se hace de un cuerpo al momento en que el lenguaje es inscrito a través del significante, por medio de la ley de castración. Es gracias a esta marca, que se ubica como un sujeto estructurado bajo la lógica del deseo.

El cuerpo es un concepto fundamental para el psicoanálisis desde sus cimientos, en tanto las teorías de Freud empezaron a cobrar vida gracias a sus investigaciones de los síntomas corporales en las histéricas. Freud descubrió que el inconsciente toma preso al cuerpo y se expresa a través de él, por lo que le fue posible desarrollar una teoría con su respectivo método clínico, la cual permitiese determinar las relaciones del contenido inconsciente detrás de los síntomas psíquicos de sus pacientes. Fue así como desde su trabajo con Charcot y Breuer, Freud dilucida que cuerpo y organismo no son símiles, sino que este está inherentemente afectado por lo psíquico.

Dicha conclusión ajena a su práctica como médico, es la que lo invita a formalizar uno de los primeros conceptos fundamentales del psicoanálisis: la libido. Esta se concibe como la energía de los instintos que dirigen la conducta o de las también denominadas pulsiones. Como consecuencia de la libidinización del cuerpo, de la investidura sexual de sus zonas erógenas, el sujeto puede sentar las bases para la construcción yoica. Esto es lo que permitirá al sujeto diferenciar el yo de los objetos externos; la libido yoica y la

libido de objeto dan como fruto un entendimiento del estatuto del cuerpo para el sujeto.

De esta manera, en *Introducción al Narcisismo* (1982), Freud conceptualiza el narcisismo como aquella conducta en la que el sujeto le brinda a su propio cuerpo el mismo trato que le daría al cuerpo de un objeto sexual, mirándolo, acariciándolo y mimándolo con complacencia, hasta alcanzar la satisfacción plena a través de estos manejos. (pg. 71) Para esto, fue necesario la observación de pacientes parafrénicos, histéricos e hipocondríacos, así como la relación de algunos de ellos con el amor. Desde dichas observaciones pudo afirmar que en la esquizofrenia, la libido del mundo exterior recae sobre el yo, sin la posibilidad de redirigirla a los objetos externos, lo que a su vez toma el nombre de Narcisismo secundario. Este último se origina como replegamiento de uno primario que se ha oscurecido por diversas influencias.

Con esto presente, se puede delimitar una investidura libidinal del yo que es originaria, y que se repliega sobre los objetos con posterioridad, cuestión que en la esquizofrenia funciona de manera contraria: la libido es sustraída de los objetos para colocarse en el yo, lo que provoca una serie de síntomas que van desde el delirio de grandeza, hasta la sensación de una fragmentación del propio cuerpo. Esta relación entre la libido y el yo, es lo que propicia un entendimiento crucial sobre la construcción de este último, en tanto Freud aseverará que el yo es desarrollado de manera secundaria; el yo debe de construirse.

Por otra parte, Freud logrará distinguir por medio de la investidura de objeto, la diferencia que existe entre libido, las pulsiones yoicas y las de objeto. Desde sus estudios de la vida amorosa en sus pacientes, pudo acceder a nuevas coordenadas del narcisismo, aislando paralelamente el concepto de cuerpo a través de las pulsiones sexuales, las cuales se caracterizan por ser parciales y apuntaladas a la satisfacción de las pulsiones yoicas. Así mismo, en un inicio las pulsiones sexuales están ligadas a la satisfacción de las funciones que posibilitan la autoconservación, lo cual también es vehículo para introducir a los individuos responsables del cuidado del infante como

los primeros objetos de amor y de identificación, que servirán como referentes para que el niño logre ubicarse en relación al deseo. (Freud, 1982, p.76)

En el texto *El yo y el ello* (1992), Freud introduce el Yo cuerpo, reformulando su concepción sobre el Yo en obras anteriores. A partir de estas nuevas teorizaciones, se ubicará al Yo como aquel que posibilita el contacto con la realidad externa, albergando las percepciones, la capacidad de motilidad y organizando los procesos anímicos. (p.45) Sin embargo, esto no quiere decir que no tenga acceso alguno al inconsciente. Contrariamente, el yo estará ligado de manera directa al preconscious y al inconsciente, como si poseyera también una cara interna que le otorga la función de mediador entre las exigencias externas y aquellas propias del inconsciente.

Por lo tanto, se concibe al Yo como una formación psíquica construida gracias a las identificaciones con los objetos primordiales, los cuales son tomados como referentes una vez que se ve atravesado por el Complejo de Edipo. Estos últimos le permitirán al sujeto inscribirse en el registro del deseo, en su elección de objeto y en la formación de sus síntomas. Es desde aquí donde se puede articular el concepto de identificación con el Complejo de Edipo, en tanto constructor del yo, Ideal del yo y Superyó. (Villa & Montañez, 2010, pp.58-59)

### ***El cuerpo desde Lacan***

Siguiendo los postulados freudianos, Lacan establece el modo en el cual el sujeto se inscribe bajo la lógica del lenguaje bajo la marca del significante fálico, para constituirse un cuerpo. De este modo, desde el psicoanálisis lacaniano, el concepto de Yo se define como la instancia psíquica construida desde los referentes del otro semejante, siendo esta una relación Imaginaria que estudiará ampliamente en el Estadio del Espejo. En dicho texto se plantea que el *infans* posee la capacidad de reconocer su propia imagen en el espejo, aún sin estar dotado de completa madurez motriz y neurológica; de tal manera que al reconocer su imagen y los objetos a su alrededor (externos a él) experimenta regocijo. (Villa & Montañez, 2010, p.59) Este

evento daría cuenta de la primera matriz identificatoria que le permite al *infans*, desde el lado de la imagen, asumir su cuerpo como completo, puesto que es justamente esta imagen la que le servirá como soporte de los referentes y objetos pulsionales que habían sido vividos como parciales hasta el momento. (p.59)

Sin embargo, se debe puntualizar que esta operación de reconocimiento en el espejo, si bien está dada desde el lado de la imagen, en ella también está contenido un soporte simbólico que funciona como matriz introductoria del concepto de sujeto. Por lo tanto, que el niño pueda asumir con júbilo su imagen en el espejo, aún con su inmadurez neurológica y motriz, manifiesta “la matriz simbólica en la que el yo (je) precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto” (Lacan, 1999, citado por Villa & Montañez, 2010, p.59)

La forma gestáltica en la que viene dada la totalidad del cuerpo al sujeto, no comporta únicamente la relación con el otro semejante, sino con los fantasmas que se han articulado en dicha operación; por lo que el referente simbólico es en definitiva aquel que posibilitará al sujeto situarse en relación con su imagen especular (*imago*) y, además, con el deseo. (Villa & Montañez, 2010, p.59) De esta manera, la construcción del cuerpo no es una operación netamente imaginaria que está soportada por el otro semejante, sino que comporta un componente simbólico fundamental, la introducción del registro simbólico como tal pero también del registro de lo real, en tanto lo Real será todo aquello que no logre circunscribirse o representarse por lo simbólico.

Bien puntualiza Lacan (1972) que en la construcción del mundo que resulta de la relación entre lo imaginario y lo real, todo depende de la situación de sujeto, la cual está caracterizada en esencia por su lugar en el mundo simbólico, que es a su vez el mundo de la palabra (p.130). Por lo tanto, lo que da referencia al cuerpo realmente es la introducción del significante primordial (S1), al cual Lacan denomina el Nombre del Padre. Es solo a través de la inscripción de este significante que el niño puede devenir sujeto

al ser introducido en el mundo del lenguaje, permitiendo también la ganancia del deseo. Además, es en torno a este que se ubicará en la estructura psíquica que determine su modo de establecer relación con el mundo, con el saber, y con el goce.

Es por este motivo, los fenómenos presentes en la psicosis, sobre todo en la esquizofrenia, permiten ejemplificar los efectos de la forclusión (no inscripción) del Nombre del Padre en el cuerpo, provocando una sensación de fragmentación del cuerpo del sujeto, al cual se perciba como mutilado o externo a sí mismo. Aquí se visualiza el no ordenamiento de la imagen como unicidad corporal a causa de la no articulación del significante. (Villa, Montañez, 2011, 59) De igual manera, se debe puntualizar que el dominio de la imagen del cuerpo en su totalidad es dada al sujeto anticipadamente, en relación al dominio que posee realmente de su cuerpo.

Es por ello que el Estadio del Espejo es vivido como un drama cuyo empuje interno que precipita de la insuficiencia a la anticipación, el cual permite crear una máquina de fantasías que lo llevará por una construcción que parte desde una Imagen fragmentada de su cuerpo hasta tomar una forma ortopédica de la totalidad de este. (Gentili, 2006, párr.6). Lo que él ve de manera fugaz e ilusoria es lo que él será, no lo que él es, por lo cual es una prematuración que es vivida por el sujeto a modo de una ruptura entre la imagen especular y el dominio que verdaderamente tiene sobre su cuerpo, provocando un desencuentro en el que el sujeto adviene como tal. (Villa & Montañez, 2011, p. 60)

Ahora bien, la presencia del significante que afecta el cuerpo proviene del campo del Otro, aquel Otro tesoro de significantes, de tal modo que sólo a través de esto el niño puede salir de la captura del campo narcisista. Es pues, que quien permite al niño realizar aquel artificio que le otorga eventualmente su constitución de sujeto es el Otro, puesto que es solo a través del espejo del Otro que le es devuelta su imagen. (Gentili, 2006, párr.8) Sin embargo, si el Otro se limita únicamente a devolverle su imagen, el niño no se convertiría en otra cosa más que lo que se ve ser en el Otro.



Por esta razón, es únicamente el hecho de que exista la presencia del significante que proviene del campo del Otro es lo que le abrirá al niño la posibilidad de salir de la completa captura del campo narcisista (Gentili, 2006, párr.11). Este es el momento preciso en que el niño, luego de vivir el júbilo de ver su imagen en el espejo, voltea su cabeza hacia el Otro para que este le confirme lo que está viendo; aquí es donde entra el juego el significante, que es el significante de la metáfora paterna y que sustituye (metaforiza) al deseo de la madre, de manera que la imagen virtual que se refleja en el espejo queda asegurada a su fuente. En consecuencia, es el Otro el encargado de dividir al sujeto, cuyo resultado es un resto denominado por Lacan como objeto “a”, el cual será el encargado de reorganizar el cuerpo, la imagen y el goce al introducir el registro de la falta. (Villa & Montañer, 2006, p.60)

Es esta falta en el sujeto lo que permite instaurarlo en el campo del deseo, que es deseo de aquel objeto perdido, motivo que lo mantendrá haciendo un permanente rodeo por diversos objetos que condensan el goce. El goce es producto de esta operación en la cual se introduce al sujeto a la dimensión del significante, siendo que como consecuencia de dicha operación el cuerpo del sujeto se vacía de goce. (Villa & Montañer, 2006, p.60) De aquí también parte el hecho de que este significante posibilite la articulación entre los registros Imaginario, Simbólico y Real, mientras que lo imaginario, por medio de la imagen, crea un soporte que envuelve aquel real que se encuentra despedazado. Dicho de otra forma, el significante es lo que posibilita la entrada del sujeto en lo real, siendo su vía la imagen del cuerpo. Es solo a través de la introducción del significante que el sujeto podrá o no hacerse de un cuerpo, por lo que se puede deducir que si el significante no queda “imaginarizado” este quedará transformado en puro real.

### ***Cuerpo y violencia***

Entendiendo lo planteado hasta el momento, se puede comprender los conceptos freudianos del Yo ideal y el Ideal del yo, puesto que se trataría de dos investiduras libidinales distintas. De esta forma, mientras el Yo ideal se comporta como el núcleo de la proyección imaginaria, el ideal del Yo sería

una suerte de introyección simbólica, una guía en el campo de lo simbólico. (Gentili, 2006, párr.12) Por otra parte, durante el Estadio del Espejo también puede ubicarse la fuente de la agresividad inherente en el sujeto. Al identificarse el niño con la imago del semejante, asumiendo su forma a través de aquella propia del semejante, esta se constituye como una rivalidad consigo mismo. Es pues una especie de confusión que surge entre él y el otro, que provoca una tensión agresiva al creer que es él el semejante, puesto que él niño desea ser el objeto de deseo del Otro, rivalizando así con los objetos de deseo de este último.

Desde los lares que no han sido atrapados por lo simbólico, se configurará un “impulso” de destrucción al otro semejante que asegurará imaginariamente la propia existencia, lo que corresponde conjuntamente al concepto de pulsión de muerte freudiano, que empuja siempre al acto mortífero. Freud desde los fundamentos del psicoanálisis postulaba la existencia de mociones primordiales que subsisten en el psiquismo y que buscaban ser satisfechas, a las cuales denominó “gusto de matar”, “incesto” y “canibalismo” (Freud, 1982, p.10) La presentación de estas mociones van a variar según los significantes de la época, configurándose así en “expresiones epocales” de la violencia, que a causa de la humanización y según la cultura, se las pretendido desligar de los instintos “naturales” que buscan ser descargados.

Consiguientemente, por medio del ingreso a la sociedad (lo simbólico introducido por vía del significante), estos impulsos primordiales son reprimidos e ingresados a la lógica de la pulsión (la búsqueda de satisfacción en el objeto y su relación con el límite) lo cual brinda la posibilidad de que estas mociones queden establecidas bajo un orden, pudiendo ser sublimadas en actos socialmente aceptados. Sin embargo, las normas sociales que son impuestas por el Otro para regular la pulsión agresiva y erótica, se muestran insuficientes para regular impulsos que siempre insisten en forma de violencia, que funciona como el retorno de una agresividad no controlada, y que terminan constituyendo el malestar de la cultura. Por este motivo, el prójimo representa una tentación para la

satisfacción de la agresión y la explotación, para usarlo sexualmente sin que este lo consienta, humillándolo e infligiéndole dolor hasta desposeerlo de su patrimonio y asesinarlo. (Freud, 1930, citado por Gentili, 2006)

En *Tótem y Tabú* (1913) Freud reflexiona sobre los orígenes de la sociedad humana y su modo de vivir bajo ciertos tabús que posibilitan la convivencia pacífica. Relata pues la existencia de un tótem, al cual define como “un animal comestible, ora inofensiva, ora peligrosa y temido, y más raramente una planta o una fuerza de la naturaleza” (p.45) y que se encuentra relacionado de manera especial con la tribu. En ella es compartida la creencia de ser descendientes del tótem, de modo que a pesar de que el mandato dicta no alimentarse de él, en ocasiones se realizan celebraciones en las que se sacrifica al animal del tótem para que toda la tribu, a través de su ingesta, puedan fortalecer su identificación con él.

Este tótem es heredado por la vía materna y está asociado a la exogamia, la cual prohíbe las relaciones sexuales con aquellos que pertenezcan al mismo grupo totémico, y de no ser cumplida esta ley, será pagada con la pena de un terrible castigo. (Freud, 1913, p. 57) De esta forma, la concepción freudiana de la horda primitiva da cuenta de la existencia de un padre celoso y tiránico, el Urvater, que expulsa a sus hijos mientras van creciendo para que no puedan gozar de sus mujeres. Es pues, que tomando como punto de referencia la fiesta totémica, Freud imagina que el acto que funda la humanidad se trató justamente del asesinato y la devoración del padre. Por lo tanto, el banquete totémico, “la primera fiesta de la humanidad” (Freud, 1913, p.63) no sería otra cosa sino la conmemoración del primer acto criminal.

Ahora bien, la lectura lacaniana del mito freudiano sirve para demostrar el estatuto significativo de la paternidad. Quiere decir pues, ante la ausencia de un padre, este lugar podrá ser ocupado simbólicamente por algo o alguien más. Por lo tanto, se permitiría dar cuenta de que si la procreación le es atribuida al padre, esto es únicamente a causa de puro significativo, tratándose de un reconocimiento de lo que se nos ha enseñado a invocar como Nombre del Padre, no al padre real. (Lacan, 2006, p.75)

Con ello, se puede dilucidar que si la muerte del padre torna en asesinato, se debe al hecho de que este es “el momento fecundo de la deuda con la que el sujeto se liga para toda la vida con la Ley.” (p.538) Lacan no concibe la existencia de un padre omnipotente que goce de todas las mujeres, ya que este asesinato se ubica antes de cualquier aparato simbólico. En este sentido, lo que recubre la muerte del padre es lo real de la castración, que es a su vez efecto del lenguaje. En consecuencia, lo que verdaderamente instauro el mito freudiano es que el Padre simbólico al significar la Ley en sí mismo, solamente puede ser el Padre muerto.

Lo que de todos modos es claro, es que para Freud la libertad del individuo no es patrimonio cultural, ya que la violencia de este siempre insiste en amenazar la integración social, por lo que es necesario intercambiar la libertad para vivir bajo la seguridad de una sociedad. A su vez, dicha seguridad continúa siendo sostenida gracias al sentimiento de culpa heredada de los ancestros que llevaron a cabo el crimen. Se trata de una angustia social que originalmente sofocó la pulsión y que gestó la conciencia moral. En caso de no existir angustia social, se naturalizaría gozar del prójimo, lo que desembocaría en los actos más atroces concebidos por la humanidad. (Freud, 1991, p.76)

### ***La enfermedad en el cuerpo***

Mahé & Ramos (2012) señalan desde las aproximaciones de Lacan, que el cuerpo puede vincularse con el sello y la firma, considerando que es el rasgo aquello que se fija al cuerpo como una marca, lo cual puede observarse durante los fenómenos psicósomáticos. (p.68) En la realidad del hospital los sujetos se ven irremediamente atacados en su propia carne, en su cuerpo, lo cual lleva a pensar que la enfermedad debe ser escuchada como la expresión de algo distinto. Se trataría pues, de ubicar la enfermedad como algo que puede cifrarse como “algo próximo al orden numérico” y que no necesariamente tiene sentido y está relacionado con la lesión física como tal (p.68).

De esta manera, los avances científicos de la medicina perciben el órgano lastimado por medio de filtros que exponen al cuerpo humano a la tecnología contemporánea, al cual se lo termina por reducir a un objeto que puede visualizarse. El cuerpo se transforma en una maquinaria disfuncional, que transforma la demanda del sujeto enfermo en pura necesidad, puesto que la mirada clínica de la medicina está centrada únicamente en el órgano lesionado. Sin dejar de lado la importancia de evaluar los signos que den cuenta de una posible patología y disfunción orgánica, el discurso de la ciencia médica ha olvidado mirar a las enfermedades, (más allá de que estas posean o no un origen genético o fisiológico real), como causantes de sufrimientos y sintomatologías que están atravesadas por el modo particular de goce del enfermo y por su subjetividad. (Mahé & Ramos, 2012, p.268)

El perfeccionamiento de las técnicas utilizadas en la medicina busca ilimitadamente apropiarse de cada específico detalle de las enfermedades del cuerpo, lo cual viene soportado por el Discurso Capitalista y su representante, la farmacéutica, que reduce al sujeto a un “órgano-mercado”. Por esta razón cada síntoma psíquico o físico puede ser atrapado en explicado desde la genética y el sinfín de nuevas especialidades médicas que proliferan en esta época y que continúan expandiéndose. Es pues, que la medicina se ha convertido en un imperativo que excluye al sujeto de responsabilizarse y reapropiarse de su cuerpo, sin dar la posibilidad de abrir un espacio para la palabra (Mahé & Ramos, 2012, p.269).

Sin embargo, lo cierto es que aun cuando no sea evidente, en el cuerpo coexiste silenciosamente lo extraño, y puesto que el cuerpo se encuentra atravesado por el significante, se puede demostrar que no todo es imagen y biología. Por lo tanto, se debe procurar tener presente al síntoma como fuente de saber, así como al hecho de que en la enfermedad se pueden hallar las modalidades subjetivas del sufrimiento corporal, las cuales vienen mediatizadas por el lenguaje (p.269). Es pues, que “el hombre nace enfermo y esta enfermedad constituye su razón de ser” (Sauret, 1995, p. 20 citado por Mahé & Ramos, 2012, p. 269), en tanto está enfermo del

significante que (des)regula su cuerpo por el hecho mismo del lenguaje que imposibilita el equilibrio entre lo psíquico y lo corporal.

Lo que testimonia la separación entre el cuerpo y el organismo es la actividad de la pulsión, mientras que el significante separa el goce del cuerpo, por lo cual el goce no es del cuerpo del propio sujeto, sino que siempre es goce del Otro en el cuerpo. (Mahé & Ramos, 2012, p. 270) En este punto se puede ubicar al fenómeno psicósomático como el esfuerzo fallido de la pulsión con respecto a su objetivo, resultando en que el órgano enfermo sea así atrapado por la pulsión libidinal, que no es otra cosa sino el retorno de goce sobre el cuerpo. Además, se tiene en cuenta que al haber sido incorporado lo simbólico, el cuerpo es desierto de goce mientras que el órgano queda recortado y separado. Por ello, el sujeto enfermo busca reivindicar dicho órgano "apartado" como parte de su propio cuerpo, siendo que este, sin ser necesariamente imaginario, queda situado por el horror del real. (Mahé & Ramos, 2012, p.271)

Por este motivo, el síntoma expresa lo real (una forma de goce) a modo de una manifestación subjetiva, determinado por un fantasma inconsciente con el cual se busca la realización del deseo. Consecuentemente, es imposible encapsular al síntoma como puro signo orgánico, ya que este siempre es un acontecimiento del cuerpo, a modo de una marca que se inscribe y es la más real. (Mahé & Ramos, 2012, p. 272) Independiente a la estructura del sujeto, una enfermedad o lesión, aún en su presentación clínica, posee un valor de síntoma en el sentido psicoanalítico, ya que al tener un valor subjetivo se articula por medio de la palabra como una pregunta por el Otro. (Mahé & Ramos, 2012, p.272) En conclusión, el signo patológico es una búsqueda de sentido al tratarse de un síntoma, de forma tal que también constituye una posible solución que pasa por el cuerpo.

## METODOLOGÍA

El enfoque de este estudio es el Cualitativo, en tanto se busca describir y analizar variables y fenómenos de orden subjetivo, así como realizar un análisis de caso desde el marco teórico psicoanalítico. Se tiene en cuenta que al tratarse de un enfoque cualitativo, se debe indagar el contexto detrás de los fenómenos estudiados. Como señala Hernández Sampieri (2014), se trata de “conocer con mayor profundidad el terreno que estamos pisando.” (p.358) Por ello, el tema de estudio se plantea desde las experiencias vivenciadas durante el trabajo de campo en uno de los hospitales pediátricos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Por su parte, con respecto al alcance, se debe puntualizar un importante aspecto de antemano. Para Hernández Sampieri (2014) existe ocasiones en las que a pesar de que una investigación pueda estar caracterizada por ser exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa, esta puede no solamente situarse como tal; así pues, aún si una investigación es mayoritariamente explicativa o correlacional, también puede tener elementos descriptivos, así como también puede ocurrir que una investigación inicie como una descriptiva o exploratoria, para luego terminar siendo una explicativa o una correlacional. (p.96)

Por lo tanto, la presente investigación se inicia con un alcance descriptivo, desde lo cual se intenta hacer un recorrido teórico detallado de los conceptos de cuerpo, enfermedad, discurso, violencia, pobreza y biopolítica principalmente, tanto desde el psicoanálisis como desde la filosofía y, en menor medida, las ciencias sociales. Luego pasa a convertirse en un estudio explicativo a raíz del análisis de caso, a través del cual no solo se describe y ejemplifica el fenómeno como tal, sino que también se explica en mayor o menor medida de qué formas se gestó la pobreza y la desigualdad en Ecuador, y cómo esto se relaciona con la crisis actual del cuerpo y el tratamiento que se le da a través de una medicina, todo lo que a su vez se conjuga con la crisis política gestada por el posneoliberalismo. Según Hernández Sampieri (2014), los estudios explicativos están dirigidos “a

responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Se enfoca en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables.” (p.98)

Se utilizarán dos métodos en esta investigación. En el caso de las entrevistas, se utilizará el análisis del contenido para intentar ubicar los aspectos y los mensajes más importantes que se encuentran compartidos en las diversas respuestas de las entrevistadas. En cambio, el método clínico será utilizado para realizar el análisis del caso K., el cual se emplea en la psicología clínica para ordenar un grupo de técnicas que buscan de manera común producir informaciones concretas sobre una persona o la situación que revela la existencia de un sufrimiento o que plantea un problema. (Díaz, 2010, p. 8)

Con respecto a la población del estudio, esta está conformada tanto por los profesionales de la salud que trabajan en el Hospital Pediátrico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como por las madres de los pacientes de escasos recursos que asisten a este hospital. En relación a la muestra para las entrevistas, esta será por conveniencia, siendo estos casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Battaglia, 2008, citada por Hernández, 2014, p.390), pues si bien todas las personas elegidas son importantes para el problema analizado, estas fueron seleccionadas con base en la cercanía laboral y también por haber sido las únicas a quienes se pudo llevar a cabo las entrevistas en el contexto de la pandemia, ya que también se tenía en mente a otros profesionales. Cabe señalar, que quien sí constituye una muestra de casos sumamente importantes o críticos para el problema analizado sería la doctora entrevistada, ya que es la encargada del programa de protección infantil del hospital.

En el análisis de caso, el sujeto de la investigación será K., un paciente que fue atendido desde la clínica psicoanalítica y que constituyó uno de los casos de maltrato infantil más mediáticos en el país a causa de su crudeza. Sin embargo, es de suma importancia señalar, que a través del análisis de caso de K., lo que realmente se pretende hacer es un análisis institucional



tanto del Estado como del Sistema de Salud Pública que lo acompaña, lo cual se va hilando con el caso singular de K.

Las técnicas principales para la recolección de datos serán la revisión bibliográfica, la entrevista semi-estructurada, y el análisis de caso. Cabe señalar que en un principio la idea era también poder realizar una encuesta a 150 padres de familia del hospital. Sin embargo, por motivos del cierre del servicio en el hospital a causa de la emergencia sanitaria, esta no pudo ser realizada. También por esta misma razón, no se pudo realizar entrevistas a otro médico más, como se tenía planificado inicialmente.

A partir de los conceptos estudiados a lo largo del marco teórico, se establecen las variables a analizar en las entrevistas de la siguiente manera: enfermedad, cura, salubridad, condición social y límites corporales, las cuales también servirán para ubicar posteriormente qué es lo que caracteriza el cuerpo del sujeto que vive en pobreza. De este modo, las variables a analizar se establecen por medio de las siguientes preguntas de investigación:

Enfermedad	¿Qué es la enfermedad para aquellos que la padecen en contextos de pobreza y cuáles son los tratamientos que se le brindan?
Cura	¿Qué es lo que se entiende por cura desde el contexto actual de la medicina?
Salubridad	¿Cuáles son los modos en que el sistema de salud pública establece los lineamientos para brindar el acceso a condiciones de salubridad en su población?

Condición Social	¿De qué manera afecta la condición social de los pacientes su proceso de enfermedad?
Límites Corporales	¿Cuáles son los límites corporales que se trazan entre el paciente y el personal de salud?

Por lo tanto, se formulan una serie de preguntas dirigidas tanto al personal de salud como a las madres de pacientes del hospital, que permitan obtener información necesaria para establecer las respuestas a estas variables. Cabe señalar, que el tema central detrás de las preguntas que son dirigidas al personal médico, se reformulan para que también exista la posibilidad de ser contestadas por las madres, así como también hay preguntas que están exclusivamente dirigidas a cada grupo en particular. De esta forma, las preguntas de las entrevistas quedan establecidas de la siguiente manera:

<b>Variable</b>	<b>Personal de salud</b>	<b>Madres de familia</b>
<b>Enfermedad</b>	<p>¿Qué define usted como enfermedad?</p> <p>¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?</p>	<p>¿Qué define usted como enfermedad?</p> <p>Desde su experiencia ¿supieron los médicos tratar la enfermedad por la que usted les consultó? En cualquiera de los dos casos, explique los motivos.</p> <p>¿Hubo algún momento, durante el curso de su</p>

		<p>enfermedad o la de su hijo, que se sintió deshumanizado por parte del equipo médico?</p> <p>En caso de haber sido así, ¿cuáles fueron estos momentos?</p>
<b>Cura</b>	<p>¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?</p> <p>¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?</p> <p>¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)</p>	<p>¿Confía plenamente en el criterio médico para determinar que un paciente está curado?</p> <p>¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?</p> <p>¿Cuáles cree usted que deberían de ser los objetivos del médico una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)</p>
<b>Salubridad</b>	<p>Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?</p>	<p>Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?</p>

	<p>¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?</p> <p>Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?</p>	<p>¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con reglas de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estas reglas?</p>
<p><b>Condición Social</b></p>	<p>Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?</p> <p>Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?</p>	<p>Desde su experiencia, ¿cree usted que existe alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?</p> <p>¿Considera usted que existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?</p>

	<p>¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?</p>	
<p><b>Límites Corporales</b></p>	<p>¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?</p> <p>¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?</p> <p>¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?</p> <p>¿Qué considera usted que es un cuerpo?</p>	<p>Según su criterio, ¿quiénes deberían de tener acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?</p> <p>¿Considera usted que debería existir algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?</p> <p>¿En casos de violencia física o sexual, cree usted que debería de existir algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?</p> <p>¿Qué considera usted que es un cuerpo?</p>

### ***Análisis de las entrevistas***

A continuación se presentan los extractos de las entrevistas realizadas a tres profesionales del Hospital Pediátrico del Ministerio de Salud Pública (Médico Intensivista-Pediatra, Psicóloga Clínica y Trabajadora Social) así como a dos

madres de familia de pacientes que estuvieron internados en dicho hospital. Se pretende pues, contextualizar lo que se ha venido trabajando a nivel teórico hasta el momento.

## **Enfermedad**

### **Pregunta para el personal de salud:**

- 1) ¿Qué define usted como enfermedad?
- 2) ¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?

### **Pregunta para madres de familia:**

- 1) ¿Qué define usted como enfermedad?
- 2) Desde su experiencia ¿supieron los médicos tratar la enfermedad por la que usted les consultó? En cualquiera de los dos casos, explique los motivos.
- 3) ¿Hubo algún momento, durante el curso de su enfermedad o la de su hijo, que se sintió deshumanizado por parte del equipo médico? En caso de haber sido así, ¿cuáles fueron estos momentos?

<b>Médico Intensivista- Pediatra</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>La definición de enfermedad es una alteración de cualquiera de los órganos o sistemas o la economía del ser humano, que pueda provocar algún trastorno dentro de su cuerpo, y presentarse como cualquier tipo de enfermedad.</i></li><li>2) <i>Cuando hablamos de secuelas secundarias a un hecho de violencia hablamos de patologías desde el punto de vista psíquico o psicológico, y sí, definitivamente va a tener consecuencias, dependiendo de cada ser humano, de cada grupo etario, y del</i></li></ol>
--	---

	<p><i>manejo del impacto de una agresión, vamos a tener diferentes presentaciones. Si va a haber secuelas de mucha importancia, que pueden tener diferentes presentaciones como una patología psíquica, que va a tener la necesidad de una valoración que amerite tratamiento medicamentoso, o también la atención de un departamento de psicología.</i></p>
<p><b>Psicóloga</b></p>	<p>1) <i>La enfermedad es un conjunto de síntomas que van a determinar un padecimiento, que pueden ser por diferentes motivos, pero que hacen que el individuo (...) padezca de un malestar ya sea a nivel físico o mental.</i></p> <p>2) <i>Sí, considero que las personas que han sido víctimas de la violencia, ya sea física o sexual, pueden a futuro, después de haber sufrido ese tipo de traumas o de evento, pueden desarrollar enfermedades que van desde lo orgánico (...) a lo mental también. He podido conocer pacientes que a causa de estas situaciones han padecido o están viviendo una situación de trastornos depresivos profundos, e incluso hay quienes han desarrollado estados psicóticos (...) y como siempre hablamos de la influencia de la mente sobre el cuerpo, entonces también he visto pacientes que han somatizado.</i></p>
<p><b>Trabajadora Social</b></p>	<p>1) <i>Bueno la enfermedad es la ausencia de la salud. Creo que ese es el concepto más claro y más corto que conozco. Lastimosamente pues es la falta de</i></p>

	<p><i>bienestar, la falta de salud que impide que puedas realizar las actividades diarias. Pues eso ya es una enfermedad.</i></p> <p><i>2) Bueno sí, por supuesto. Porque lastimosamente este tipo de eventos muy fuertes para un ser humano pues pueden causar a corto o a largo plazo enfermedades somáticas. Hay enfermedades que se van a poder evidenciar con el tiempo o a corto plazo. Sobre todo pues enfermedades de tipo emocional, enfermedades mentales en algunos casos lastimosamente tenemos niñas que han ingresado después de haber sido violentadas sexualmente han tenido múltiples ingresos incluso, porque tienen intentos autolíticos, han desarrollado enfermedades mentales como por ejemplo, este crisis paranoides y bueno entonces son un sinnúmero de problemas a nivel de salud que se pueden desarrollar después de un evento de este tipo.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 1</b></p>	<p><i>1) Bueno para mí la enfermedad es algo duro (...) es difícil aceptar un cáncer, es difícil aceptar una leucemia, es difícil aceptar un VIH, la diabetes (...), de verdad son cosas duras que uno como ser humano tenemos que aceptar.</i></p> <p><i>2) Muchos médicos me hacían sentir mal, porque me hacían sentir culpable en qué estado llegó mi sobrina (...), muchos de los doctores me decían que la niña no iba a</i></p>



	<p><i>salir del estado crítico en que ella estaba.</i></p> <p><i>3) Yo estoy agradecida con los doctores (...) pero un día me hicieron sentir mal como ser humano. (...) nosotros tenemos que darnos cuenta antes de botar una palabra, porque no sabemos psicológicamente que estamos haciendo daño a esas personas, y yo lo único que le contesté, fue que ellos son buenos médicos, pero que antes de ellos está Dios. Fue un día que yo lo contesté porque me sentí mal y me sentí chiquita (...) por una cosa que dijeron.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 2</b></p>	<p><i>1) La enfermedad es algo... depende de cómo seas. Puede ser algo fatal, como puede ser algo donde teniendo fe y confiando en Dios (...) se pueda solucionar, donde los resultados puedan cambiar.</i></p> <p><i>2) Sí, sí ellos sí pudieron, pero ya como que cuando ellos pensaban que no había solución. Cuando ellos pensaban como que no podían hacer nada, consiguieron (...) la solución a la enfermedad por la cual atravesaba mi hijo.</i></p> <p><i>3) Sí, fueron muchos momentos. Fueron en muchas ocasiones. En realidad no me sentía a gusto, no sentía la confianza que le debía tener a los médicos, ya de que ellos en sí nunca fueron certeramente sinceros. Hubo cosas que intentaron ocultarme, pero yo siempre como atenta, terminaba descubriendo la verdad y ya, ahí les fui como que perdiendo la confianza a ellos.</i></p>

En el caso del personal de salud, se puede observar que las diversas formas de definir la enfermedad giran en torno a la ausencia de salud, así como a la presencia de síntomas y patologías que limitan el bienestar de quien la padece. En lo que respecta a las enfermedades provocadas por violencia física o sexual, todas coinciden que las enfermedades de orden psíquico son las que con mayor frecuencia se desarrollan, sobre todo cuadros psicóticos o depresivos que pueden llegar incluso a desembocar en intentos de suicidio.

Por otra parte, las madres conciben a la enfermedad desde el lado del sufrimiento, la ven como una experiencia dolorosa de la que difícilmente se puede hablar, sin ligarla a una descripción de orden biológico, sino más bien a la emoción que experimentaron a través de su propia experiencia. Por otra parte, con respecto a la deshumanización médica hacia quienes enfrentan una enfermedad, ambas coincidieron también en haber vivido experiencias en las cuales el equipo médico las hizo sentirse deshumanizadas, si bien una de ellas intentaba mostrar más comprensión hacia el equipo. Hicieron referencia al mal uso de la palabra y los modos de comunicarse poco acertados, que producían sentimientos de culpa y malestar en las madres de los pacientes. Esto, a su vez, provocaba que se perdiera la confianza en la labor médica.

## **Cura**

### **Pregunta para el personal de salud:**

- 1) ¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?
- 2) ¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?
- 3) ¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)

**Pregunta para madres de familia:**

- 1) ¿Confía plenamente en el criterio médico para determinar que un paciente está curado?
- 2) ¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?
- 3) ¿Cuáles cree usted que deberían de ser los objetivos del médico una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”?  
(Imposible de curar)

<p><b>Médico Pediatra</b></p> <p><b>Intensivista-</b></p>	<p>1) <i>Parámetros para definición como tal, pienso yo que el manejo de este tipo de casos es multidisciplinario. Por lo tanto, siempre se considera la valoración de las especialidades que ha necesitado el paciente (...) de acuerdo a las valoraciones de diferentes especialistas llegamos a un consenso, en donde ellas referirán si podemos ya decir que este paciente necesita un seguimiento más cercano o más lejano, y hemos superado probablemente traumas o consecuencias de cualquier tipo de agresión. Esto puede ser a mediano o a largo plazo, dependiendo de cada uno de los casos. El equipo de atención de violencia está compuesto por más de una persona, dependiendo de las necesidades de cada caso. (...) no puede ser de un solo médico, o un solo profesional, o de una sola especialidad. (quien dé el alta)</i></p> <p>2) <i>Claro que sí, sí, cualquier patología que fuese que tenga relación o no con violencia,</i></p>
---	---

	<p><i>o patología igual a la enfermedad, afectación de cualquier órgano o sistemas desde el punto de vista psíquico es el que nos va a permitir progresar, detenernos, o en algún momento no poder progresar con el tratamiento, eso es definitivo, por eso es que el apoyo siempre debe de existir.</i></p> <p>3) <i>Los objetivos médicos es darle una calidad de vida, los objetivos siempre serán mejorar la calidad de vida, el tiempo no lo sabemos, pero la calidad tenemos que brindársela. Y eso pues, depende de todas las necesidades de ese ser humano.</i></p>
<p><b>Psicóloga</b></p>	<p>1) <i>El alivio de sus síntomas, la recuperación de su autonomía, el alivio de su malestar, el hecho de que pueda recuperar de algún modo la cotidianidad de sus actividades, el que se reincorpore a la sociedad, el que pueda actuar con mayor facilidad o recupere esa interacción que tiene con el otro, con los demás, que salga de su aislamiento.</i></p> <p>2) <i>Sí, por supuesto que sí. No se puede obviar o no se puede decir sencillamente que no hay que tomarla en cuenta. La dimensión psíquica es muy importante a la hora de hablar de salud también.</i></p> <p>3) <i>El objetivo entonces viene a ser centrarse en la calidad de vida, en el confort, en el manejo adecuado de sus síntomas, para que precisamente sus síntomas no le produzcan un malestar de tal modo que él no tenga que sufrir.</i></p>

**Trabajadora Social**

- 1) *Para definir que un paciente está curado (...) uno hace la investigación. Ya desde la primera entrevista tú vas conociendo a la familia y te das cuenta que algunas de las enfermedades que tiene el paciente no son directamente problemas (...) como el cáncer o (...) diabetes, sino que son enfermedades (...) debido al entorno como por la malnutrición y esto pues va a mejorar mediante la alimentación. Y estas enfermedades obviamente van a mejorar y van a hacer que el niño acuda menos a hospitalizaciones, porque tengo niños con mala nutrición que han tenido tres, cuatro hospitalizaciones y tú te das cuenta que el problema no es una enfermedad de base sino que es una enfermedad (...) que se puede prevenir.*
- 2) *Por supuesto. Creo que todo eso va de la mano. La enfermedad tanto física como mental hay que revisarla, hay que tener seguimiento y tenemos dos pacientes que tienen problemas de bulimia, anorexia, entonces los pacientes que han sido (...) violentados sexualmente, todos necesitan el seguimiento no solo del médico, sino también de psicología de trabajo social del equipo multidisciplinario para poder a futuro darle de alta y saber que el paciente está bien pero (...) de manera integral, no solo en la parte de salud. Lastimosamente, la mayoría piensa que lo más importante es la salud física, y dejan o desentienden un poco*

	<p><i>la parte de la salud mental que es algo muy importante.</i></p> <p>3) <i>Tratar que este paciente sus últimos días pase con la menor cantidad de dolor, pase lo más tranquilo posible y dentro del entorno familiar. Que ese paciente tenga la menor cantidad de hospitalizaciones posibles, sino que comparta sus últimos días, dentro del calor de su hogar.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 1</b></p>	<p>1) <i>Primeramente confío en Dios, y después en los médicos.</i></p> <p>2) <i>Sí creo que cuando esa persona está enferma, hacerla sentir amada, hacerla sentir importante, hacerla sentir que su familia está con ella (...) Sí considero (que es) importante.</i></p> <p>3) <i>Yo creo que psicológicamente le tienen que preparar a esa persona (...) creo que los doctores, como médicos, deberían de estar capacitados para preparar a los familiares de los pacientes.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 2</b></p>	<p>1) <i>No, no confío mucho. Porque no son sinceros, (...) ellos dicen ser sinceros, pero hay cosas que ocultan, y en realidad uno no sabe si creer o no creer.</i></p> <p>2) <i>Sí, eso cuenta mucho, porque por lo menos en mi hijo, tenía que saber (sobre su parte emocional) y solamente una psicóloga podía decir si estaba bien o no. (...) porque el estado emocional de un paciente cuenta mucho en la enfermedad, el estado de</i></p>

	<p><i>ánimo, el cómo se encuentra, el cómo se sienta, eso cuenta mucho en el paciente, y a mí me parece que sí sería excelente (tomarlo en cuenta).</i></p> <p><i>3) En esos casos el médico debería de aceptar la voluntad de los familiares, de lo que los familiares decidan, porque ellos pueden ser muy profesionales y muy médicos y todo, pero solamente al familiar le duele el paciente. (...) Entonces ellos deberían como médico dejarse orientar, de lo que el familiar pida. No cerrarse a poner a sufrir a los familiares ni al paciente, porque uno lo que hace es sufrir.</i></p>
--	---

Con respecto a la cura, se hace referencia al trabajo multidisciplinario de la medicina y, con ello, a la imposibilidad de definir la cura desde la perspectiva de una sola persona. Entre la trabajadora social y la psicóloga, surgen ciertas similitudes en torno a enfocarse en los síntomas para determinar que un paciente está o no curado, de tal manera que su desaparición o disminución darían cuenta de ella. Por otra parte, todas las profesionales coinciden en destacar la importancia de la salud psíquica del paciente, siendo incluso un punto determinante en el proceso de cura de una enfermedad netamente corporal o fisiológica. Además, con respecto a aquellos pacientes que no pueden ser curados, también confluyen en que en esos casos se buscaría brindar una mejor calidad de vida a través de cuidados integrales, y posibilitar que se encuentre preferiblemente en un entorno familiar.

En el caso de las madres, queda claro que no confían ciegamente en los médicos, más vale y una de ellas hace alusión a la falta de sinceridad y comunicación, siendo este uno de los mayores problemas que se enfrentan entre médicos y pacientes, mientras la otra señaló la creencia en un poder divino superior. Así mismo, al igual que las profesionales, concuerdan en

considerar la salud psíquica como un aspecto fundamental de la cura del paciente, ya que se reconoce el impacto que la enfermedad tiene a nivel emocional. Por último, en caso de que un paciente no pueda curarse, las madres hacen alusión a respetar e involucrar a los familiares, tomando en cuenta sus opiniones y su rol en la vida del paciente, sin que sean dejados de lado para la toma de decisiones médicas, puesto que este es un escenario recurrente en el hospital.

## **Salubridad**

### **Pregunta para el personal de salud:**

- 1) Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?
- 2) ¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?
- 3) Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?

### **Pregunta para madres de familia:**

- 1) Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?
- 2) ¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con reglas de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estas reglas?



<p><b>Médico Pediatra</b></p> <p><b>Intensivista-</b></p>	<p>1) <i>Las limitaciones son los espacios físicos de determinados para este tipo de casos. En el caso de paciente críticamente enfermos, la capacidad resolutive de número de camas nos quedamos bastante cortos, debido a la incidencia y la problemática de que en el caso de este Hospital somos de referencia. (...) Porque al no tenerlo no podemos brindar calidad de atención en número necesario. Ese es uno de los principales. La otra es las especialidades y subespecialidades que necesitamos en el campo. Hay muchos pediatras, pero no nos abastecemos con la población pediátrica que existe a nivel nacional. Ahora si lo tomamos en referencia solo a esta ciudad lo mismo. Esto hace que no podamos tener una buena atención de este grupo etario, que es pediátrico.</i></p> <p>2) <i>Bueno, referente a la salubridad específicamente hablamos de servicios básicos y todo este tipo de atención, pero la demanda es mayor a las posibilidades. Tenemos tanta demanda que evidentemente no nos va a abastecer el espacio y bueno los servicios básicos esos existen. Sin embargo, insisto, es el espacio físico el que nos hace mucha falta.</i></p> <p>3) <i>El cambio de la estructura del hospital ha sido muy importante, por lo tanto el espacio físico ha aumentado. Sin embargo, no abastece la demanda de atención. Las políticas que tenemos existen escritas, con el objetivo de brindar calidad, calidez de</i></p>
---	--

	<p><i>atención a todos los pacientes, incluso con también las prioridades que le damos a los pacientes con discapacidad, que no la teníamos antes, de modo que hemos progresado en la humanización de la salud. Porque definitivamente usted antes no veía que los pacientes con discapacidad acudieran a la atención, solo que estuvieran extremadamente enfermos. Actualmente, en virtud de las políticas y las necesidades de percibir la ayuda gubernamental hace que ellos tengan la obligación de asistir a consultas, la obligación de asistir a sus terapias, y las posibilidades de alcance de salud, lo que no les permitía antiguamente porque no existía este tipo de políticas. Entonces pienso pues que sí, que en relación a la atención y humanización de pacientes con discapacidad o necesidades especiales, que en realidad debería de ser ese el concepto, hemos mejorado y avanzado un peldañito más. (...) Usted ahora puede visualizar hasta en la calle la presencia de más personas que tengan algún tipo de patología relacionadas con una capacidad especial. Sin embargo, antes no las veías ni en las calles, trataban de tenerlos dentro de los domicilios, no acudían peor aún a atención a salud, ni educación. Entonces, la inclusión nos ha ayudado a poder avanzar y progresar desde ese punto.</i></p>
<p><b>Psicóloga</b></p>	<p>1) <i>Las más graves son las económicas, las que</i></p>

	<p><i>a partir de malas administraciones no permiten que los pacientes puedan acceder a todos los recursos de salud. ya sean medicamentos, tratamientos, inclusive que no faciliten de algún modo su proceso de adaptación a la enfermedad, a la hospitalización, porque sin dinero, sin el recurso económico, (...) es casi imposible brindarle todo lo que necesita el paciente.</i></p> <p><i>2) No, no considero que me exijan algo que sea imposible de lograr, o que yo no posea. Nunca ha habido de manera explícita un requerimiento de esa naturaleza.</i></p> <p><i>3) He podido experimentar buenas y malas administraciones, más las malas que las buenas. El que estas malas administraciones pongan énfasis, sobre todo en estos requisitos de producción, de objetivización del paciente, de no considerar esa parte humana de la atención quizás. (...) así todavía no llegamos a esa parte en la que de verdad lo más importante sea el bienestar del paciente, sino lo que estamos produciendo, lo que estamos haciendo, y cómo se está haciendo como si el quehacer médico o el quehacer profesional estuviera por encima del mismo bienestar del paciente.</i></p>
<p><b>Trabajadora Social</b></p>	<p><i>1) Tenemos ciertas limitaciones, en cuanto a insumos que no nos permite cumplir con todos los requerimientos del paciente. Para nadie es un secreto que lastimosamente el</i></p>

	<p><i>ministerio de salud pública no puede proveer de todos los insumos. Por ejemplo, si el paciente necesita una bomba de infusión de morfina, el algún momento tenemos en otros momentos no tenemos, el familiar se ve en la obligatoriedad de comprar ciertas cosas, pues para poder tener al paciente en las mejores condiciones posibles.</i></p> <p><i>2) No es como que nos exigen, pero es más bien lo que uno quiere dar como servidor público. Tratar de dar el cien por ciento y lo que no tenemos, suplirlo mediante las organizaciones de ayuda o mediante los voluntarios (...) lo que no tenemos pues lo conseguimos mediante autogestión o voluntariado, que gracias a dios siempre tenemos personas prestas a ayudarnos para lograr los objetivos.</i></p> <p><i>3) O sea, cambio a nivel de políticas públicas no ha habido mayoritariamente o que haya marcado la diferencia. Hemos estado trabajando con las mismas directrices que desde el inicio. Tratar de dar la atención al paciente al cien por ciento, y con los recursos que tenemos disponibles. Tenemos en ciertas épocas del año, que hay déficit de medicamentos, pero así mismo tenemos las otras épocas que nos llegan los medicamentos y podemos suplir casi al cien por ciento la necesidad del paciente.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 1</b></p>	<p><i>1) Bueno en los insumos de la protección, de lavarse las manos, sí le vi un buen estado,</i></p>

	<p><i>pero a veces hay muchas personas que te hacen como “el feo” (...) A veces tú le pides a un guardia que está ahí ir al baño, y ellos a veces como que no te ceden. Yo creo que (...) las personas que están ahí deberían ser más amables.</i></p> <p><i>2) No, yo sí comparto muchas reglas del hospital, porque estamos viviendo un momento de pandemia, de contaminación.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 2</b></p>	<p><i>1) No, por lo menos las limitaciones que yo tuve eran que, pasando por mi proceso, no me dejaban descansar. (...) Esa limitación, que a pesar de la situación que estaba viviendo, de lo duro que estaba pasando, ellos como que pensaban que yo era de hierro. Yo no podía dormir, no podía descansar, tenía que permanecer sentada en una silla, (...) y es bien desagradable pasar una situación tan difícil y que las personas que estén ahí, no te entiendan ni te comprendan, sino que simplemente quieran dejarse llevar como que por un protocolo.</i></p> <p><i>2) ¡Claro, eso es imposible! Porque uno como persona necesita descansar (...) Está uno pasando por un mal momento, y el no descansar, el no sentirte a gusto, más la situación, todo se pone como que difícil. (...) Te sientes agotado, te sientes sin fuerzas, y ahí es donde debes descansar, (...) dormir así sean 5 minutos. Pero no se puede pues, ahí no se puede.</i></p>

En el tema de salubridad, la falta de recursos e insumos de diversa índole fue ubicado como un grave problema en el hospital público, ya que no permite brindar la atención de calidad a la que se aspira. Esto también ocurre en relación al espacio y a la cantidad de especialidades y subespecialidades de las que el hospital carece, es decir, falta de recurso humano. La trabajadora social señala aquí que más allá de que el Sistema de Salud Pública obligue a los trabajadores a cumplir con requisitos de salubridad específicos, son los trabajadores quienes por cuenta propia deciden gestionar aquellos recursos que faltan, para poder brindar así una mejor calidad de atención. En torno a las políticas públicas y su impacto en el personal de salud, las opiniones son variadas.

La doctora encuentra cambios muy positivos en torno a la ampliación y remodelación del hospital, ya que brinda mayor espacio de atención, si bien aún no es el suficiente. Además, rescata el hecho de que con la especial atención que se le ha brindado a la salud en los últimos años (la cual ya no es solo un derecho sino una obligación), se ha podido empezar a visibilizar pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades, que en años anteriores no habrían salido de sus hogares. Eso es lo que ha permitido una humanización en la atención médica recientemente. Sin embargo, la psicóloga tiene una opinión completamente distinta, pues asegura que las administraciones del hospital, amparadas bajo ciertas políticas públicas, han sido en su mayoría deficientes, y han provocado mantener la cosificación del paciente, sin permitir que su bienestar sea más importante que la labor médica en sí.

Con respecto a las madres, las respuestas fueron interesantes, puesto que contrastan con las de la doctora. Ambas ubicaron que no existían realmente mayores carencias a niveles de los recursos de salubridad en el hospital, pero en cambio, hicieron hincapié en las deficiencias que existía en torno al trato del personal hacia ellas. Por lo tanto, señalaban que no se les permitía realizar con libertad acciones tales como dormir o ir al baño, sintiéndose maltratadas en el proceso. Sentían pues, que debían de cumplir con reglas a las que no podían responder a causa del cansancio provocado por la

misma experiencia de hospitalización; aunque cabe señalar, que una de las madre sí afirmó la importancia de la reglamentación de salubridad a causa de la pandemia.

### **Condición Social**

#### **Pregunta para el personal de salud:**

- 1) Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?
- 2) Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?
- 3) ¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?

#### **Pregunta para madres de familia:**

- 1) Desde su experiencia, ¿cree usted que existe alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?
- 2) ¿Considera usted que existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?

<p><b>Médico Pediatra</b></p> <p><b>Intensivista-</b></p>	<p>1) <i>Sí, pero esto es, puede haber diferencias y los casos pueden presentarse en ambos lugares. Las enfermedades se presentan en todas las clases sociales, pero el entorno es el que va a cambiar en la evolución de la enfermedad. El entorno familiar es un apoyo importantísimo en la mejoría de un paciente. Ahora, si hablamos en la atención en referencia a las necesidades, por ejemplo: medicación, antibioticoterapia, evidentemente el paciente que está en una clínica privada tendrá probablemente la solución más rápida por su recurso económico, el acudir más rápido a una clínica, etc., a cualquier entidad hospitalaria particular. Y el que va a la entidad pública, es probable que vaya cuando la situación es un poco más compleja, porque justamente su recurso económico no le permitió ni siquiera acudir a tiempo. (...) O la parte de la educación que es de vital importancia, que hace evidentemente que el que tiene más posibilidades tenga un mejor criterio de pensamientos en decir esto es una emergencia o no.</i></p> <p>2) <i>Bueno sí, más que todo es el tiempo de atención. Pero definitivamente también tenemos niños muy graves en las entidades particulares y no tiene relación con un descuido o mucho menos, sino dependiendo de las circunstancias. (...) Así que si las personas que atienden en los centros particulares son los mismos que atienden en</i></p>
---	--



	<p><i>los centros gubernamentales, entonces definitivamente la atención será la misma. Pero lo que cambia es el paciente. Los casos de violencia están más presentes en los hospitales públicos, porque en los hospitales públicos van a desbarros. Todos los hospitales de atención los derivan a los hospitales públicos. En la parte privada, difícilmente va a ser derivado como tal, o sea no lo van a atender, lo derivan al hospital público debido a que podría tener la connotación legal. Entonces el Ministerio de Salud Pública tiene un convenio con la fiscalía general del Estado donde ellos, cuando se acercan a realizar la denuncia a la fiscalía, la fiscalía los envía a un hospital público para que pueda recibir la atención</i></p> <p><i>3) Tenemos dificultades cuando la dificultad es, más que todo, que el paciente acuda a la atención, y pues siendo de una política de estado, ciertas dificultades en medicaciones que están fuera del cuadro básico. Sin embargo, la adquisición de las mismas, dependiendo de las necesidades se las tiene que dar. La cuestión es más en tiempos que en dificultad de adquisición de medicamentos.</i></p>
<p><b>Psicóloga</b></p>	<p><i>1) Sí, claro que sí. Es como que si el paciente del hospital público se le exige que tiene que adaptarse a lo que hay, a lo que se le puede ofrecer, que debe esperar a que los tiempos son otros. (...) gran parte de los</i></p>

profesionales quizás considera que por ser una institución pública, y ser “gratuita”, entonces es como que si eso lo eximiera al paciente de sus derechos de ser bien tratado, de poder darle todo lo necesario, de invertir el tiempo y el esfuerzo de todos nuestros conocimientos; cosa que no ocurre en una entidad privada, porque en una entidad privada, lo primordial, lo primero es el paciente, y hay que tratarlo bien (...) para que no se vaya. Entonces, aquí la preocupación va por otro lado, porque si se va quedo mal yo, pero no es que realmente me esté importando mucho si eso le perjudica o no le perjudica al paciente, sino cómo eso me perjudica a mí. Entonces, hay énfasis en esa situación de gratuidad supuesta que influye muchísimo en la atención que se brinda (...) También el paciente público no es lo mismo que el paciente privado. El paciente público está el que se somete, el que acepta, el que dice “bueno sí, lo que pasa es que como esto es gratis” también se cree eso; entonces, “tengo que aguantar”. Así mismo está el que exige, porque cree en cambio que él le está pagando con sus impuestos al profesional, y entonces se sube a esa tarima (...).

2) Sí, sí, lo que se puede aprender en un hospital público por la diversidad de casos que se presenta es increíble. No hay un mejor lugar para aprender que el hospital público, porque se puede ver absolutamente

	<p><i>de todo, porque la población (...) es mucho más amplia, y tenemos una mayor cobertura, y debido también a las condiciones en las que viven las personas, a las diferentes problemáticas que tienen. Todo eso hace que puedan presentarse casos, que quizás en lo privado sería muy difícil de ver.</i></p> <p><i>3) Bueno, en lo referente a lo económico, sí, porque si hay una carencia económica obviamente eso va a condicionar la manera cómo va a vivir. Por ejemplo, el tratamiento, cómo va a acceder a él, por más que la mayor parte de su tratamiento no le cueste; sin embargo, siempre cuesta estar en el hospital. Hay que comer, hay que comprar más cosas que faltan, o sea no es fácil. Por eso digo que la “gratuidad” es entre comillas, porque no es todo gratis, igual hay que invertir, no es sencillo. Y también quizás la condición social, el nivel de instrucción (educación) que posee la mayoría de las personas con una condición socioeconómica más baja, les dificulta, y eso sí ha sido casi siempre un problema, el que puedan comprender todo lo referente a la enfermedad y al tratamiento. Se ponen en juego otras cosas como las creencias para poder enfrentar la situación; pero en muchos casos, en un alto porcentaje quizás, una de las mayores dificultades es la capacidad de comprensión que tienen acerca de lo que realmente está pasando.</i></p>
--	---

<b>Trabajadora Social</b>	<p>1) <i>Si, por supuesto. La diferencia está (...) en los tiempos de atención. Los tiempos de atención son mucho más prolongados en la parte pública, debido a la gran demanda de pacientes, no. El sector público atiende una cantidad muy grande de pacientes porque somos un hospital de referencia nacional, en el cual atendemos pacientes de todas las provincias del Ecuador, de todas las patologías, entonces la gran demanda hace que los tiempos en el sector público se alarguen.</i></p> <p>2) <i>Bueno, yo creo que tanto en la parte privada o en la parte pública se reciben los mismos casos. No con la misma situación socioeconómica, obviamente no, la situación socioeconómica sería la que cambia. A lo mejor en la parte privada no se van a encontrar con temas de desnutrición en cambio en la parte pública es una situación que vemos muy seguido debido a las condiciones económicas. También podría darse el caso de que tenga un poco de menos problemas en la parte de manejo de los pacientes o de la forma de ser de los pacientes, porque menor grado académico tengan los familiares, son un poco más difíciles de llevar, porque hasta para explicarles el tratamiento que va a necesitar el menor y la necesidad, a veces no van a entender la importancia porque tienen bajo nivel de escolaridad.</i></p> <p>3) <i>Si, por supuesto. Lastimosamente tiene</i></p>
---------------------------	---

	<p><i>mucho que ver la parte económica con el cumplimiento del tratamiento. Porque puede ser que no tengas como familiar que comprar nada, que no tengas que pagar por una hospitalización, que no tengas que pagar por un profesional. Sin embargo, el hecho que los padres del niño no tengan trabajo, y pasa muy seguido (...) llega un momento que no tienen ni cómo movilizar al paciente porque son pacientes que viven a las afueras de la ciudad, que en algunos casos están recibiendo quimioterapia activa y no es un paciente que lo puedes cargar en un transporte público, tienes que movilizarlo en un taxi. Y, debido a la distancia en la que viven pues van a necesitar diez dólares o más para pagar un transporte que no lo tienen en ese momento, y eso hace que el paciente falle en el tratamiento.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 1</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>La contaminación yo creo que sí. Bueno, la enfermedad es lo mismo, quizás la atención es diferente, porque siempre en un particular te va a dar más privilegio porque tú lo estás pagando, y en un público del gobierno te hacen como algo diferente (...) a mí me da coraje, porque cuando nosotros tenemos una fiebre fuerte, no le dan importancia.</i></li> <li>2) <i>Sí, porque en primer lugar, yo como pobre, antes de irme a un particular lo primero que pienso es en el dinero, y si yo no tengo esa facilidad (...) tengo que buscar algo público, porque no tengo ese recurso. Yo confío</i></li> </ol>

	<p><i>mucho en los médicos del gobierno, y a veces también entiendo que ellos se expresen un poquito mal, porque (...) es estresante, ellos como médicos luchan por salvar vidas</i></p>
<p><b>Madre de Familia 2</b></p>	<p>1) <i>Sí, hay bastante diferencia, porque ellos piensan que porque es público, uno debería ser tratado como animal, no sé. Ellos no piensan que son humanos, simplemente porque como uno no está pagando, uno tiene que acatarse a lo que ellos digan o a cómo ellos lo digan, cosa que no debiese ser, porque todos somos humanos. Pagues o no pagues, todos somos iguales, nadie es más que nadie.</i></p> <p>2) <i>Sí, que los médicos no colaboran en el sentido de que si no tienes, eso es problema tuyo. “¡Bueno, tú paciente es tuyo, no es problema mío!” Y considero que no debiese ser así, porque si (...) el hospital no lo tiene, y el familiar no tiene los recursos, yo digo que hablándose entre médicos (podrían solucionarlo).</i></p>

En lo que respecta a la condición social, vuelven a surgir respuestas interesantes que no necesariamente confluyen entre sí. La diversidad de casos, más que la condición social, es atribuida a la cantidad de pacientes que deben de recibir por ser una entidad pública. Las profesionales de la salud admiten que si bien las enfermedades son las mismas en ambos hospitales, el paciente es el que cambia, debido a su condición social. En este sentido, si bien todas las profesionales coinciden las dificultades que viven estos pacientes se encuentran mayoritariamente en su incapacidad para costear todos los gastos que se dan durante una enfermedad, la

doctora y la psicóloga no están de acuerdo en que en ambos hospitales exista la misma calidad de atención con respecto al trato que se le da al paciente.

De este modo, mientras que la doctora asegura que la atención médica es igual en ambos hospitales, la psicóloga puntualiza que en el hospital público, el paciente muchas veces se ve obligado a adaptarse a lo que hay, sin poder pedir más, por tratarse de algo gratuito. La doctora señala únicamente el problema de tiempos como un inconveniente en este aspecto, que también se asocia al problema de tiempos de atención señalados por la trabajadora social. Sin embargo, lo que en todas se rescata es en coincidir que el paciente público no es el mismo paciente que el privado, ya que sus niveles de educación pueden dificultar su tratamiento, ya que no poseen la capacidad de comprender la enfermedad en su totalidad. Además, esta misma falta de instrucción o de recursos puede mermar el correcto cumplimiento del tratamiento.

Las respuestas de las madres se muestran más asociadas a lo señalado por la psicóloga. Ellas manifiestan la frustración que existe en una obvia diferencia que se da entre la atención pública y la privada, señalando que la atención pública, aún cuando la enfermedad es la misma, la gente es maltratada. De este modo, una de las madres aclara que, como pobre, los recursos son siempre el principal motor para elegir ser atendido en una entidad pública, puesto que se sabe de las deficiencias que existen en la atención, pero más que nada, en el trato que se le da al paciente. Dado que aun cuando se conoce de las dificultades económicas de los pacientes, los médicos no responden por las limitaciones económicas que estos puedan tener, y que les impide acceder al tratamiento.

## Límites Corporales

### Pregunta para el personal de salud:

- 1) ¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?
- 2) ¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
- 3) ¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
- 4) ¿Qué considera usted que es un cuerpo?

### Pregunta para madres de familia:

- 1) Según su criterio, ¿quiénes deberían de tener acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?
- 2) ¿Considera usted que debería existir algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
- 3) ¿En casos de violencia física o sexual, cree usted que debería de existir algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
- 4) ¿Qué considera usted que es un cuerpo?

<b>Médico Pediatra</b>	<b>Intensivista-</b>  <i>1) Cuando hablamos específicamente de pacientes que han tenido algún tipo de violencia, se evita la revictimización en todos los sentidos, entonces el objetivo es evitarla. El paciente llega, puede venir en su etapa aguda o por algún tipo de crisis secuelar secundaria al hecho, lo que tratamos es de evitar la revictimización. Por lo tanto, la manipulación o el examen físico que se realice al paciente deberá ser si él lo permite o no.</i>  <i>2) Se dan los protocolos de atención de</i>
----------------------------	--



	<p><i>acuerdo a la valoración y triaje. El área de triaje del hospital se va a catalogar las necesidades de atención y esto tiene relación con tiempos.</i></p> <p><i>3) El Ministerio de Salud Pública tiene en la normativa de atención, casos de violencia y las violaciones de los derechos humanos, y de acuerdo al grupo etario de atención nosotros tenemos un protocolo interno, que es el que se maneja cuando se recibe un paciente relacionado con violencia.</i></p> <p><i>4) ¿Qué considero yo que es un cuerpo? Bueno, el cuerpo tiene, si lo hablamos desde el punto de vista del ser humano, tiene órganos, sistemas, pensamientos, sentimientos, que nos permiten tener una funcionalidad de la economía, y a su vez, nos permite nacer, crecer y reproducirnos, y así pues culminar pues, con todo lo que se denomina vida.</i></p>
<p><b>Psicóloga</b></p>	<p><i>1) Todos, excepto aquellos que no sean parte del equipo médico de salud. A pesar de que yo no soy médico, soy psicóloga, si necesito ver lo que le pasa o si tiene un tumor en alguna parte de su cuerpo, sencillamente puedo verlo. Lo hace la enfermera, lo hace el médico, lo hace el terapeuta, o sea, todos los que estamos involucrados en el equipo interdisciplinario. El estudiante, el interno, la posgradista, o sea, todos realmente tenemos esa posibilidad de acceder al cuerpo para poder</i></p>

	<p><i>mirarlo y observarlo, porque se supone que a partir de ahí también aprendemos, ¿no?</i></p> <p><i>2) Más allá de las reglas que son de carácter higiénicas como las que tenemos, que tenemos que lavarnos las manos, desinfectarnos; si lo hemos tocado pues también al alejarnos hacer lo mismo para no tocar a otro paciente y no contaminarlo. También el hecho mismo de... Quizás no lo hacemos siempre, o no todos lo hacen, pero en general siempre se solicita el consentimiento por parte del cuidador.</i></p> <p><i>3) Sí, obvio, hay un protocolo para las víctimas de violencia, sobre todo, de violencia sexual. (...) hay un protocolo que se debe respetar, sobre todo, por la vulnerabilidad de estos pacientes.</i></p> <p><i>4) ¿Un cuerpo, desde mi concepción? ¿Para mí el cuerpo de alguien? Es como un templo sagrado, no tengo derecho a acceder a él sin el consentimiento de la persona. El cuerpo es aquello que uno cuida o que debe cuidar en otro también. El cuerpo también me permite a mí expresar, se expresa todo el malestar a través del cuerpo, como también se expresa el bienestar. El cuerpo lo dice absolutamente todo. Entonces, por eso lo considero como un templo, es algo que debe cuidarse y debe respetarse en suma medida. Nunca me habían preguntado qué es un cuerpo. Es que cuando lo preguntaste, me acordé de una ocasión en</i></p>
--	--

	<p><i>la que yo estaba observando cómo la enfermera hacía este proceso de envolver el cuerpo, el cadáver de un niño. (...) Y la verdad (...) me conmueve, porque yo la estaba observando, y observaba cómo ella lo tocaba con tanto respeto, con tanta bondad, con tanto cariño que yo digo: eso es así, así es como uno tiene que ser. No tiene que ver con si estamos vivos o estamos muertos, es algo sagrado.</i></p>
<p><b>Trabajadora Social</b></p>	<p>1) <i>Dependiendo del caso, si es un paciente que será intervenido quirúrgicamente, obviamente el médico cirujano y el personal que lo atenderá en el quirófano. Pero normalmente no se puede manipular el cuerpo del paciente, la enfermera solo puede manipular las vías de acceso venoso. El médico solamente se limita a revisar el paciente lo que es el pecho, la espalda y siempre va a ser en presencia de un familiar, no debería ser diferente.</i></p> <p>2) <i>Por supuesto que hay protocolos que establecen que primero como te indique, el paciente no puede estar en una habitación con un médico, tiene que estar un familiar presente. El hecho de que un médico vaya a revisar las partes íntimas de un paciente es porque son casos muy puntuales. Por ejemplo, en el caso de una agresión sexual, debes tener la orden de una fiscalía para poderlo hacer dentro de un hospital y de lo contrario sino tienes una orden de fiscalía,</i></p>

	<p><i>la única persona que puede revisar a ese paciente es el medico perito de la misma fiscalía.</i></p> <p><i>3) Si por supuesto, no se lo puede manipular sin la orden de un fiscal.</i></p> <p><i>4) El cuerpo es el todo. Tu cuerpo es el templo, es la parte más importante, es algo que tienes que cuidarlo, valorarlo y amarlo. Tratar de mantenerlo saludable, alimentarlo bien y no solo alimentarlo de alimento como tal, sino también de cosas bonitas, de sentimientos bonitos ya que a la larga los sentimientos o los malos sentimientos hacen que tu cuerpo se enferme.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 1</b></p>	<p><i>1) Cuando es un paciente que está un poco mejor, uno como su familiar le puede ayudar y colaborar, pero en el momento que está en una situación crítica, el familiar no puede estar al lado (...) el paciente pasa totalmente solo, y ahí quienes tienen que tener el cuidado son las licenciadas y los médicos.</i></p> <p><i>2) Bueno, yo creo que si un paciente llega inconsciente a un hospital (...) yo creo que el médico lo que tiene que hacer es actuar rápido y salvarlo, y no va a haber momento para estar pensando y pedirle permiso. Es muy diferente a si el paciente llega consciente (...) Ahí yo creo que el médico sí debería conversar con ese paciente.</i></p> <p><i>3) El médico yo creo que (...) tiene que hacer una valoración a esa persona que llega, y</i></p>

	<p><i>él tiene que tocar me imagino, examinar, para dar su diagnóstico (...) Yo creo que sí debería de haber una forma para que ellos puedan hacerlo de manera correcta.</i></p> <p>4) <i>¿Qué considero que es un cuerpo...? (Ríe) Buena pregunta. Tenemos un cuerpo de carne y hueso, creo yo, como seres humanos que somos... (Ríe) Ahí sí “me cogió en roja”. Estamos convertidos en un cuerpo como seres humanos. Podemos hacer muchas cosas (con un cuerpo), porque a veces cuando dejamos de existir (...) también podemos hablar del cuerpo cuando ya está muerto. Yo he escuchado que cuando ya nos morimos, el alma sale y lo que queda es un cuerpo, que en final de cuentas (...) vamos a ser devorados por los gusanos.</i></p>
<p><b>Madre de Familia 2</b></p>	<p>1) <i>Los familiares. La madre, el padre, y en caso tal de no estar ni la madre ni el padre, los hermanos. Y dentro de un hospital igual, los familiares. (...) Los familiares junto con ayuda de una licenciada, porque nosotros podemos ayudar a las licenciadas a manipular al paciente. Las licenciadas como conocimiento de lo que es el trabajo, o lo que se debe hacer, y el familiar como en compañía y ayuda a la licenciada.</i></p> <p>2) <i>No, porque el médico como médico debe de saber de qué manera manipular al paciente, me imagino yo que para eso está estudiando, para saber cómo manipular a</i></p>

	<p><i>un paciente, y qué es lo que debe hacer.</i></p> <p>3) <i>Bueno, sí ahí sí, porque ya es diferente el caso, ahí sí el médico debería de tener otra manera, debería de informar. Acuérdesse que es violencia, y cuando es violencia, las personas tienen maltratos en su cuerpo, y tú no puede manipular a esa persona directamente porque tus huellas o tus marcas quedarán en la persona.</i></p> <p>4) <i>¿Un cuerpo? Es algo que tenemos prestado, es algo que tenemos mientras estemos vivos, (...) que debemos tenerle el mayor cuidado porque (...) dependiendo de cómo te cuides va a resultar tu calidad de vida, o tu vida. (...) El cuerpo y el alma están juntos, solamente que cuando el cuerpo muere, ya el alma pasa a desprender del cuerpo de la persona. El alma o el espíritu es lo que mueve al cuerpo, es lo que le da vida al cuerpo.</i></p>
--	--

En relación a los límites corporales, todas las profesionales coincidieron en destacar la existencia de protocolos para casos de violencia física o sexual, estando trazados claramente los modos de intervenir para evitar la revictimización en esos casos. Además en relación a quiénes tenían permiso para ver o manipular al paciente, se puede observar que si bien no hay protocolos establecidos, es una norma implícita el pedir permiso antes de proceder hacerlo. Sin embargo, la psicóloga reconoció que no todos los profesionales de la salud lo hacen.

En el caso de las madres, sus respuestas dejaron entrever que existe una apertura a la mirada del médico y a ser tocado por ellos, si bien destacaron la importancia de solicitar el permiso. También destacaron la importancia que tiene el familiar en el cuidado del paciente, siendo que en la medida de

lo posible, debían de estar presentes para ayudar al equipo médico a manipularlo cuando fuese necesario. Se destaca también la importancia de crear protocolos para la violencia sexual y física, pues se reconoce la afectación psíquica que esto puede dejar en el paciente.

La pregunta sobre el cuerpo se va a analizar de manera particular, ya que despertó las más variopintas reacciones y respuestas. Lo primero a destacar fue la confusión provocada por la pregunta, la cual causó cierto desconcierto. La mayoría coincidió en decir que el cuerpo es algo que se tiene, y a través del cual se puede vivir, por lo que es necesario cuidar de él. Lo asocian con algo sagrado, con un templo, que aún después de muerte debe de ser respetado. Así mismo, en algunas respuestas se puede observar, particularmente en la de las madres, que se tiene la noción de que el alma y el cuerpo son dos cosas distintas, si bien el alma es la que mueve al cuerpo; además, una se separa de la otra una vez que llega la muerte. Lo cierto es que la pregunta sobre el cuerpo, provocó cierta movilización y cuestionamiento.

***Resultados de las entrevistas en función de las variables de investigación***

<p><b>Enfermedad</b></p>	<p>Si bien se reconoce el aspecto biológico de la enfermedad por parte de ambos grupos, para los que la padecen simboliza, antes que nada, un sufrimiento que no solo se liga a la propia enfermedad, si no a todas las implicaciones sociales y económicas que esta acarrea. Por otro lado, se reconoce que sufrir un episodio de violencia puede derivar en el desarrollo de enfermedades,</p>
--------------------------	--

	sobre todo psicósomáticas.
<b>Cura</b>	La cura se entiende como el cese de todos los síntomas, si bien se reconoce que hay ocasiones en que lo que existe es una mejoría de estos, pero no una cura resuelta. Además, se reconoce la importancia de la salud psíquica en el proceso de cura. Cabe señalar, que decidir sobre la cura de un paciente es considerado una tarea de todo el equipo involucrado, pues se intenta estar sujeto al menor grado posible de equivocación.
<b>Salubridad</b>	Se identifica que las políticas públicas tienen un impacto directo en las administraciones hospitalarias y en los modos en que estos pueden prestar los servicios de salud. Por otra parte, se reconoce la importancia del establecimiento de reglas de salubridad, por lo que el problema radica más bien en cómo se hacen valer estas reglas por medio de métodos de control que deshumanizan al paciente.
<b>Condición Social</b>	La condición social afecta directamente en el tratamiento médico y en el modo de vivir la enfermedad, ya que la falta de



	recursos y el bajo grado de educación dificultan el acceso a los servicios y recursos de salud brindados, por lo que en muchas ocasiones la enfermedad es vivida de manera más trágica.
<b>Límites Corporales</b>	Los pacientes consienten ser tocados o mirados por el personal médico, si bien reconocen la importancia de que existan protocolos que delimiten el modo más adecuado de hacerlo. Este permiso es concedido, puesto que se reconoce como necesario que exista un tratamiento directo del cuerpo del paciente, ya que es a través de este que se pretende salvar la vida.

## **El psicoanálisis como rescate del cuerpo-sujeto olvidado de la enfermedad: análisis del caso K.**

### ***Historia del caso***

El caso K. se presenta como un encuentro con lo Real, con lo más abyecto de la humanidad. Las torturas a las que fue sometido a manos de su madrastra y su padre, su historia y su estado de salud crítico están en boca de todos. Los diarios y noticieros del país publican los terribles hechos que ocurrieron durante dos de sus seis años de vida, luego de que su padre los robara a él y a su hermana mayor del hogar de su madre, mientras ambos jugaban tranquilamente en el patio. La madre explicó que jamás buscó recuperar a sus hijos ni denunciar a su ex-pareja, debido al temor a las

posibles represalias. Cuenta, entre lágrimas, que ella huyó junto a sus hijos del padre de K. luego de un episodio de violencia doméstica, que provocó la pérdida del bebé que estaba esperando, y en el que casi pierde ella misma la vida.

De este modo, se abren juicios en contra de fiscales, representantes de los distritos, y diversas instituciones de salud, dado que la madrastra de K., principal autora del crimen, ya había buscado en varias ocasiones ayuda médica para su hijastro, a causa de los diversos problemas de salud provocados por el maltrato que ella misma, junto a su esposo, le propinaba. Pese a las visibles marcas de violencia en el cuerpo del niño, ninguno de los establecimientos de salud a los que asistió denuncia oportunamente la evidente violencia de la que K. estaba siendo víctima, sino hasta que ya fue muy tarde.

Una semana después de haber asistido a un Hospital Básico a causa de un fuerte dolor de abdomen, para el cual fue recetado medicamentos y enviado de regreso a casa, su tío encuentra a K. gritando y completamente cubierto de sangre en el suelo de su hogar. Rápidamente lo lleva a él y a su hermana mayor, quien también tenía marcas de maltrato, de regreso al hospital. Es recién en ese momento cuando se activan los protocolos de violencia infantil, a raíz de lo cual K. y su hermana son derivados a uno de los principales hospitales pediátricos de especialidades en el país, el cual se convertirá en el hogar de K. durante los siguientes seis meses, luego de que la custodia de ambos hermanos pasara completamente a manos del Estado.

Desde que K. llega al hospital, la consternación y la incredulidad causadas por su estado de salud y su apariencia provocan lágrimas en el personal, pero, sobre todo, mucha indignación e incomodidad. En seguida, es sometido a siete operaciones distintas para lograr reconstruir sus intestinos y otras partes de su cuerpo, a causa del empalamiento rectal que había sufrido. También se deben colocar injertos en las quemaduras que cubrían gran parte de su cuerpo, así como cerrar las diversas heridas causadas por armas cortopunzantes. Además, es necesario realizarle una ileostomía

(abertura en la pared abdominal que posibilita la evacuación, mientras el intestino sana), quedando así una parte de su intestino fuera de su cuerpo.

Durante las primeras dos semanas, K. no habla. Su llanto es constante, así como sus manifestaciones de rabia y dolor. Las únicas palabras que emite son un tajante “¡no!” y “quiero arroz con pollo”, las cuales son acompañadas de un tono en el que se diluye un lamento agresivo, la tristeza y la impotencia, el cual hace eco permanente en quien lo escucha. Mueve la cabeza con ademanes para indicar sí y no, y sus manos deben ser amarradas a la cama, porque metía sus dedos entre las grapas de sus cirugías hasta hacerlas sangrar. También rasca sus cicatrices con fuerza. Cuando llega la hora de curar sus heridas y quemaduras K. grita hasta ensordecer a sí mismo y a los demás, pero también hace surgir una pregunta muda que resuena estridentemente en todo el personal de salud: ¿cómo es que nunca nadie se dio cuenta? K. solo enmudece, para tan solo proferir con seguridad mortífera “me quiero morir”.

Todo en él causa asombro y horror, sobre todo su falta de palabra. Las enfermeras y los doctores le hablan efusivamente: “¡K.! ¡K.! ¡Dinos tu nombre, K.! ¿O es que acaso te comió la lengua el ratón? ¡Uhhhh, este muchacho no quiere hablar, así no podemos ser amigos!” En el hospital se prohíbe tener contacto con él y hacer intervenciones psicológicas debido a su estado crítico de salud pero, sobre todo, a causa de su “fragilidad y vulnerabilidad psíquica”. Conforme van pasando las semanas, K. empieza a emitir más palabras y a acoplarse a la rutina de su sala hospitalaria; sin embargo, cuando ya se encontraba más estable, el médico del área decide derivarlo a otra sala, ya que no deseaba que K. estuviera ahí.

Resulta ser, que durante esa época su caso se hace viral en los medios de comunicación. Salen al aire entrevistas con los vecinos de K., en las cuales señalaban que todos sabían que algo pasaba con los niños de “esa casa”, pero que preferían “no meterse” dada la fama de los padres. El caso de K. aparece en todos los televisores de las salas del hospital, los cuales siempre proyectaban los canales de noticia. Incluso, en aquellas en donde K. se encontraba.

Así, K. es movido de sala, aun cuando se había recomendado mantenerlo aislado del resto del hospital, ya que todas las madres sabían su caso por las noticias e iban a reconocerlo. En su nueva cama, vuelve a enmudecer durante algunos días más. Llegan trabajadoras sociales del Estado a cuidarlo. K. es agresivo con ellas: las muerde, las insulta y les pega. Si alguien intenta castigarlo, K. se encoleriza y amenaza crudamente: “te voy a matar”. Empieza a ser claro, conforme vuelve a comunicarse, que K. disfruta de juegos que puedan lastimarlo y lastimar a otro. Sin embargo, también empieza a pedir con mayor frecuencia que lo alimenten, que lo acuesten, y que se queden con él.

Los meses pasan, y aunque ya está dado de alta, las casas de acogida no lo quieren recibir a causa de su ileostomía. Aquella parte del intestino que brota de su cuerpo le resulta insoportable, sobre todo cuando se filtran sus heces y embarran su ropa. Se toca compulsivamente el intestino con los dedos, provocando que se brote aún más. Todos los días gente de todas partes le lleva regalos: madres y abuelas de otros pacientes, licenciadas, médicos, trabajadores sociales y personas que habían escuchado de su caso en las noticias. A los costados de su cama había enormes pilas de juguetes, pero él no jugaba con ninguno.

El personal de salud ya no sabe qué hacer con él. “Va a ser un delincuente de grande”, dicen en voz baja. Las fotos que fueron tomadas cuando llegó al borde de la muerte son pasadas entre los médicos. Optan por darle medicamentos psiquiátricos. Cuando K. llora porque se inflama su intestino, el médico opta por intentar aplastarlo hasta forzarlo a entrar en su cuerpo. Evidentemente esto no funciona, y deja a K. sumido en el dolor. Muchos se quejan de K., no saben qué hacer con él. Se instruye a los guardias de seguridad vigilarlo durante todo el día. Mientras tanto, su padre y su madrastra se mantienen libres, también bajo vigilancia, ya que el fiscal toma la decisión de no arrestarlos al no haberse tratado de un delito flagrante.

El personal de salud insiste en la salud de K., pues ya no corría ningún peligro y había sido curado de la gran mayoría de sus lesiones. Se busca que sea evaluado psicológicamente para certificar que ya estaba apto para

salir del hospital, pero las entidades gubernamentales continúan insistiendo que se quede. El tiempo pasa, y K. empieza a comportarse mejor. No grita ni pega con la misma frecuencia, habla más y acepta órdenes. Él piensa que cuando salga del hospital se irá con su madre, pues nadie le ha dicho lo que pasará con él. Por el momento, se lo ve jugando en las mismas salas, siendo siempre vigilado por todo el personal.

### ***Consideraciones preliminares***

La pobreza en Ecuador es una pobreza descarnada, violenta y real. En un permanente estado de excepción, de exclusión suspendida del sujeto, a partir del cual se invisibiliza el sufrimiento que conlleva el habitar un estado de perpetua supervivencia, lo Real toma presos a los cuerpos marcados por la ausencia de un discurso que los anude. Y cuando la enfermedad, causada en buena medida por las propias condiciones de insalubridad, desnutrición, violencia y olvido en las que viven estos sujetos se hacen presentes, el Sistema de Salud Pública, sostenido paralelamente por el discurso médico-científico posmoderno, no hace sino sentenciar su existencia como objetos de la pobreza.

En consecuencia, para lograr analizar de manera nuclear el caso K., es menester reconocer el contexto social que propicia la presencia de este nivel de violencia; así como también es necesario percatarse de cuál es el discurso médico-científico que acompaña al poder soberano de un Estado que se construye sobre cuerpos con subjetividades borradas. La historia del Ecuador se funda sobre conflictos cruciales y sin resolver hasta el día de hoy, en la que las identidades de las personas que conforman su población luchan por hacerse un lugar frente a la ausencia de un discurso simbólico que les otorgue eficientemente un significante-amo sobre el cual constituirse como sujetos.

La conquista de los pueblos indígenas, la Real Audiencia de Quito, la evangelización, el mestizaje, los pactos endeblés, la esclavitud y el latifundio; entre otros procesos de poder y sumisión que gestaron el nacimiento de Ecuador como una República, no han logrado otra cosa más que diluir un discurso que en algún momento sostuvo el orden de los

pueblos aborígenes. La pluriculturalidad del Ecuador, más allá de “enriquecer” a nivel social y cultural al Estado, ha significado un impedimento para ejercer el poder soberano de manera tal, que se logre “unificar” a los distintos pueblos afectados por su propia historia y costumbres.

Si a esto se le suma la incapacidad que poseen sus gobernantes para cumplir sus promesas electorales, así como la falta de un cuerpo legislativo que transmita y haga cumplir la ley, la población queda a la deriva de un goce mortífero y colectivo imposible de controlar. Y cuando la falta de educación termina por coartar el acceso de los ciudadanos a su propia historia y a un futuro laboral, el sujeto se convierte en un mero cuerpo-objeto suspendido en un real que lo consume y lo desecha.

He ahí la falta de vergüenza ante la ausencia de mirada de un Otro que no se hace presente, y que no le devuelve ninguna explicación sobre su propia existencia. Sin vergüenza, sin educación, sin conocimiento de la propia historia, sin salud, sin ley; con analfabetismo y sin letra, el discurso sin límites del posmodernismo no hace sino asegurar que el sujeto se transmute en pura cifra de estadísticas gubernamentales. Los cuerpos se desbordan en un goce violento, y ante la enfermedad velada débilmente por un ejercicio de la medicina igualmente descarnado y cínico, la sociedad cae en un acto canibalístico que dé muerte al Padre de una vez por todas.

### ***El Ecuador de la posmodernidad: La Revolución Ciudadana y el Mito de Tótem y Tabú***

¿Qué hacer con el cuerpo cuando este está siempre escapándose? O mejor aún, ¿qué hacer con el cuerpo cuando no se está seguro de tenerlo? Estas son las dos preguntas que surgen no solo desde el caso de K., sino desde las millones de personas que se ven afectadas por la completa exclusión del aparato social. Para entender el sufrimiento de K. vale también la pena intentar ubicar el sufrimiento del pobre y la relación con su cuerpo, sin por esto dejar de rescatar la particularidad de cada caso, incluyendo el aquí estudiado.

Si hay algo que hay que saber de la pobreza en Ecuador, es que antes de ser una pobreza material, esta es una pobreza simbólica. Esto quiere decir que la ley paterna, representada en el imaginario social por el cuerpo legislativo, se muestra absolutamente insuficiente en el cumplimiento de su función. Sin embargo, en la historia latinoamericana, vale preguntarse, así sea brevemente, si esto no es causado por la absoluta imposibilidad de unificar bajo un mismo significante de cultura, a millones de personas provenientes de continentes y realidades tan diversas. Sujetos que desde sus cimientos, han experimentado el goce del Otro de manera mortífera, un goce no mediado por lo fálico, sino como puro Real. O si más bien es causado por el reemplazo de la Ley Paterna por la Ley del Consumo.

Lo cierto es que Ecuador se fundó sobre un pueblo cuyas costumbres y cultura intentaron ser completamente borradas a través de la evangelización y el sometimiento. Desde ese momento, las luchas por el poder y la libertad eran la pasión esencial de aquellos que habitaban el Nuevo Continente, lugar neonato que debía de aprender a erguirse, a caminar y a construirse para sí mismo una sociedad. Sin embargo, a causa de la pluriculturalidad que lo constituyó, alcanzar la universalidad siempre fue una tarea radicalmente imposible. Es así como el país vivió periodos en donde se intentaba hacer marchar del Discurso del Amo, de tal manera que se buscaba establecer el lazo social entre la élite criolla y los descendientes de los pueblos prehispánicos desde viejos modos de esclavitud heredados de los conquistadores, como lo fue el latifundio.

Ya desde ahí la desigualdad se iba instaurando en una sociedad que excluía a un sujeto que desde un principio fue visto como una amenaza para la propia existencia. Y el único “cuasi pacto”<sup>24</sup> establecido entre el Amo patrón latifundista y el esclavo indígena, se fue diluyendo con la progresiva entrada de las ideas libertarias de la democracia. Sin embargo, ahí donde el esclavo debió ganar su supuesta libertad, quedó sometido ante un mundo que lo desposeía por completo de su condición de sujeto. Su libertad transmutó en

---

<sup>24</sup> En la época del latifundio, el esclavo tenía derecho a una pequeña porción de terreno dentro de las grandes haciendas del Amo, por la cual debía pagar precarias cada mes.

sometimiento de su propio cuerpo como objeto frente a la imposibilidad de constituirse como un sujeto al cual le hubiese sido otorgado el significado-amo de las nuevas formas de sociedad.

Con la llegada de las políticas neoliberales del capitalismo en los ochentas, la precariedad bajo la que vivía gran parte de la población se agravó hasta el punto de quiebre ocurrido en el Feriado Bancario, lo cual obligó a millones de ecuatorianos a migrar tanto fuera como dentro del territorio soberano. Con ello, las invasiones empezaron a acrecentarse en la periferia de las principales ciudades del país, provocando el nacimiento de enormes barriadas despojadas por completo de bienes y servicios básicos, en donde la vida se veía reducida a sus formas más salvajes. Y las zonas rurales, si bien no comportaban las mismas características geográficas de las nuevas selvas de cemento, también compartían su precariedad.

Este es el posmodernismo latinoamericano, el posmodernismo ecuatoriano. Momento en que el ya débil pacto social se resquebraja ante la completa desilusión de las promesas no cumplidas, y el miedo al otro se hace más presente que nunca. E incluido desde la periferia, en la extimidad que lo caracteriza, el pobre, en su constitución como ser abyecto, asume todas las consecuencias de este resquebrajamiento. Aquí, el amo ya no conoce el rostro del esclavo, y el esclavo ya no es mirado por su amo, sino rechazado como completo objeto, causando una sensación de extrañamiento y ajenidad insoportable, que da cuenta de la desvirtualización del significante, dando así paso al puro real de la imagen especular.

De esta manera, en el entramado de la posmodernidad, los pobres son sujetos que ven truncado su deseo, no por la falta de falta causada por la oferta de infinitos gadgets, sino porque en la inmensa angustia del eterno desempleo ya no hay nada que aportar con su existencia, más allá de una garantía en la que se comprometen a no dejar los espacios otorgados exclusivamente para ellos. No pueden acceder al orden social, y eso tiene efectos garrafales en el cuerpo, sobre todo cuando el imperativo de goce de la época, a falta de los “objetos prometidos gestores de felicidad”, empuja al sujeto a gozar de los modos más violentos del cuerpo del otro: violando,



matando y torturando. Esta es la nuda vida, el Homo Sacer que se prohíbe sacrificar por medio del ritual pero al que cualquiera puede dar muerte impunemente.

Justamente en este escenario en donde la función paterna se había visto más debilitada que nunca, aparece una figura similar a la del mesías cristiano: Rafael Correa. Con sus políticas *posneoliberales* propias del Socialismo del Siglo XXI latinoamericano, asegura poseer el poder para dar fin a las falsas promesas y a los diversos problemas sociales provocados por el capitalismo de la modernidad. Sin embargo, la figura mesiánica encarnada en Correa encierra una terrible paradoja: se trata de un Padre vivo, no del Amo muerto del significante. Y esto tiene consecuencias.

“La patria ya es de todos” reza el lema de la denominada Revolución Ciudadana. Esto implica la reincorporación de los despojados, de los olvidados, de los seres abyectos a los que finalmente se propone otorgarles derechos constitucionales, bajo un velo de igualdad y democracia. Sin embargo, existe un peligro inminente cuando se pretende instaurar la universalidad en medio de un mundo que es inherentemente biopolítico: se ejerce un totalitarismo sobre los cuerpos. Pues como anteriormente lo vimos señalado por Agamben, lo único que importa es determinar la organización más eficaz de control que garantice la nuda vida.

De este modo, se construye el primer gran *Plan de Nacional para el Buen Vivir*, el cual presentaba las estrategias multisectoriales a través de las cuales se pretendía alcanzar los objetivos para construir esta nueva patria. Entre los principales ejes de acción del PNBV, se encuentra el llamado “Derechos para todos durante toda la vida”, y dentro de los lineamientos de este eje se ubica la salud inclusiva y preventiva (Plan Nacional del Buen Vivir, 2009, p. 48). Así, tuvo lugar una inversión pública en salud sin precedentes, desde la cual no solo se construyó diversas instituciones de salud y se invirtió en talento humano, sino que se reformuló por completo el esquema de atención de la salud pública.

En consecuencia, comienzan a llegar desde la periferia aquellos a los que la sociedad entera había olvidado, personas que habiéndose visto sumidas en la pobreza y la ignorancia, buscan atender enfermedades y patologías que jamás pudieron ser tratadas. En este marco, el personal médico debía evaluar su desempeño bajo la denominada Gestión por Resultados (GPR), para asegurar de este modo el cumplimiento de los objetivos estatales en torno a la cantidad de pacientes que se debían atender. De esta manera, el nuevo Ecuador parecía gozar de un nuevo horizonte de posibilidades, en los cuales todos podríamos gozar de los derechos y las riquezas por igual. Sin embargo, como ya se señaló, el Amo está vivo, y en esa medida, la ley no puede operar.

Por lo tanto, lo que realmente se rescata del mito freudiano de *Tótem y Tabú*, es la función paterna, el Nombre del Padre, a través de la cual se demuestra que la paternidad es una cuestión puramente significativa. De este mito al cual Lacan se refiere como “la bufonada darwianiana del padre omnipotente”, se concluye que el Padre de la Ley, el Padre simbólico, es irremediablemente el Padre muerto que da cuenta de la castración, es decir, de la existencia del significante. Su asesinato “es el momento fecundo de la deuda con la que el sujeto se liga para toda la vida con la Ley” (Lacan, 2006, p.46)

Por lo tanto, cuando aquí nos referimos a un padre vivo, lo que se trata de decir es que el ex-presidente Correa no era un padre que “significaba” la Ley en tanto que la transmitía, sino que era un padre que en sí mismo la encarnaba. Y si a esto se le suma el pasado incaico y ritualístico (más ligado a la naturaleza y a lo salvaje) que, se quiera o no, forma parte de la historia y la cultura ecuatoriana, no es sorpresa que los efectos en la psiquis colectiva sean “grandiosos”. Lo que queda es un Ecuador completamente sumido en lo real.

De esta manera, cuando Correa promulga que “la patria ya es de todos”, lo que verdaderamente está profiriendo es “vamos a comernos todos al Padre”; es la escena del banquete totémico en sí misma, que es la forma inaugural de la sociedad que debe de estar censurada por el falo simbólico. Pero

como se puede sentir en carne propia, en Ecuador lo simbólica, la Ley, no posee ningún impacto ni efecto alguno frente a esta promesa del Amo. Pruebas de ellas hay varias, pero la escena más cercana al banquete totémico durante el gobierno de la Revolución Ciudadana, fue aquel episodio transmitido por televisión a toda la población, en el cual Correa, mostrando su pecho y gritando a una horda enardecida de personas que querían matarlo, grita envalentonado: “¡Ni un paso atrás!”

Y “el padre muerto adquirió un poder mucho mayor del que había poseído en vida” (Freud, 1991, p.45). Este es el intento de hacer desaparecer la castración, hacer desaparecer la falta provocada por la tachadura sobre la que la sociedad entera está instaurada, a través de la muerte. Por lo tanto, frente a los horrores causados por el capitalismo de la modernidad, frente al terror del exilio en la propia tierra, el horror de la propia historia, Correa promete la utopía del paraíso a su pueblo, porque la vida es simplemente insoportable.

Es por este motivo que en beneficio de la igualdad de derechos, los límites se diluyen. Las fronteras se abren a cualquiera que quiera entrar en territorio ecuatoriano, ricos y pobres pretenden ser puestos en un mismo saco, y se establecen leyes que disponen que no irá a la cárcel aquel que robe menos de \$600. El Ecuador de la Revolución del Siglo XXI se vuelve un referente para el mundo, la tierra naciente. Sin embargo, una vez más esta promesa de totalidad no se cumple. No solo porque la corrupción, el enriquecimiento ilícito y todos los negociados fantasmas fueron paulatinamente destapados, sino porque la promesa de muerte al padre no se concreta.

Rafael Correa no puede morir por la ley, porque él en sí mismo es “lo legislativo y todos los poderes”. Correa huye del país, y consumidos por una pulsión que no encuentra su objeto, el pueblo entero queda sumido en la pura violencia, en el puro real. Al no cumplirse la promesa de muerte al Padre, siendo esta la promesa implícita más importante de Correa, lo que queda es la misma ley de la violencia, siendo esta la violencia del propio Amo. El pueblo, esclavizado por aquellas mociones que no son metaforizadas por el significante, tiene finalmente ante sí una patria que es

de todos, y que en tanto les pertenece a todos, pueden hacer con ella lo que les plazca. Sin embargo, en tanto Padre vivo, a quien verdaderamente le pertenece la patria es a Rafael Correa, quien además de haber huido, no está muerto. Así, todos morían por él. Esto tiene un efecto nocivo en los cuerpos, ya que lo que en ese preciso momento se propicia es un canibalismo, lo que se inaugura es una guerra civil.

Por este preciso motivo se ratifica que en Ecuador, cuando se habla de pobreza, se debe tener en claro que antes que una pobreza material, esta es una pobreza simbólica. Aún en la inmensa riqueza del país, la imposibilidad de acceder a los recursos está provocada por la ausencia de un pacto simbólico que instaure un orden social y con ello, consecuencias ante las cuales responder y que permitan regular el goce que amenaza siempre con aparecer. No hay pues un orden simbólico que regule los bienes y los servicios, aun cuando se tiene acceso a ellos de alguna manera.

De la ausencia de símbolo mediatizado por el lenguaje se puede comprender cómo un sujeto de carne y hueso como Correa haya podido ascender al poder hasta convertirse en lo simbólico encarnado. Pocas son las personas que recuerdan sus palabras durante las sabatinas; lo que se sabe es que tomaban lugar todos los sábados. Esto es el resultado de una cultura ausente de un discurso que la anude, es un simbólico demasiado cercano a lo real, que cuando se ve enfrentada a la falta en ser, debe pasar de inmediato al acto. Lo real se come a lo simbólico, siendo que mientras en lo simbólico el orden se paga con el cuerpo (el cuerpo se vacía de goce), en la pulsión en cambio se trata con el cuerpo. Por ello, se abre un campo de guerra en el cual si se tiene hambre, se mata; si se tiene deseos sexuales, se viola.

Ese es precisamente el canibalismo que perdura hasta hoy en Ecuador, tanto por las culturas indígenas y su lógica ritualista, como por la ausencia de un símbolo que metaforice la matanza perpetrada por los colonizadores, y que sea capaz de intermediar con una lógica de lo real que atañan al trato inhumano del cuerpo. No es coincidencia pues, que ese canibalismo renazca en una época en la que los cuerpos son reducidos de la letra a la

cifra, quedando transformados en puro real. Particularmente en Ecuador, es una época en la que la falta de deseo, la ausencia de ley, y la existencia de un Padre aún vivo, propician la aparición de una violencia canibalística que mantiene siempre el movimiento cíclico de la pulsión.

De esta forma, si aún en la actualidad la gente extraña a Correa (ya sea por odio o por amor), el motivo detrás de este sentimiento de añoranza está dado por el hecho de que él eximía al pueblo de tener que sostener lo simbólico, ya que jamás murió verdaderamente, o al menos no murió en favor de lo simbólico de la Ley. Aún hoy circulan imágenes con su rostro en redes sociales, acompañadas de frases que revelan claramente las consecuencias de la tan controversial Revolución Ciudadana: “Se busca, más vivo que nunca para que salve la patria.” Es pues, que lo que a la larga lo que gran parte de la población desea es que el correísmo funcione, que alguien se ubique en el lugar de Correa, porque ahí no hay ley.

No hay nada más atractivo que vivir en el paraíso con Jehová mientras aclama que todo lo que se alcanza a ver es para todos sus hijos. Sin embargo, la paradoja radica en que el hombre no quiere lo que Dios le dio, no quiere el paraíso; lo que verdaderamente desea es que Dios lo castigue, que le demarque un límite a través de la Ley del Padre por vía de lo simbólico, para saber qué puede y qué no puede hacer, no un Dios que le diga que puede tomarlo todo y hacer con ello lo que desee. Se trata de un Padre que dictamine por todos sus hijos la violencia que no quieren tener, pues si cada uno toma en sus propias manos la violencia, no hay civilización. Es así como el mito freudiano de *Tótem y Tabú*, aún en la posmodernidad cobra particular fuerza ahí donde todo pretende funcionar sin límite alguno, dejando a los sujetos inmersos en un terrible real del cual es imposible escapar.

### ***Tecnología de la materia orgánica: El cuerpo reducido a cifra***

Habiendo ya ubicado los factores socioculturales de la posmodernidad ligado particularmente al Estado ecuatoriano, se debe analizar cómo el discurso médico-científico que acompaña al Discurso Capitalista se presenta de modos específicos en el Sistema de Salud Pública del Ecuador. Por

consiguiente, como se señaló en capítulos anteriores, la medicina de la posmodernidad ha transmutado paulatinamente en técnica, la cual es ilimitada y no posee ningún sujeto, cumpliendo únicamente su voluntad sin ningún miramiento.

Teniendo claras estas características generalizadas de la medicina de la época, se debe pensar que aquel Discurso Capitalista de la ciencia médica coexiste con el Discurso del Amo de la Revolución ciudadana, de modo que aun habiéndose concluido el mandato de este partido político, la forma de haber constituido y organizado el Sistema de Salud Pública del Ecuador sigue estando vigente. Así, el empuje a una meta que permitiera procurar las estadísticas necesarias para comprobar el éxito del proyecto de la Revolución, se refleja en la nueva construcción de inmensos hospitales, la división de las regiones y provincias en distritos, la jubilación forzada de médicos de la tercera edad, y la instauración del sistema de Gestión por Resultados (GPR). Consiguientemente, todo esto apuntaba a poder demostrar numéricamente el éxito y la eficacia de los servicios médicos ofrecidos por el sistema de salud estatal.

Sin embargo, esta termina por desenmascarar el problema ético que surge por la creación de supuestos derechos humanos, sin siquiera haber determinado cuáles son los sujetos de estos derechos. Es pues, que si el Sistema de Salud Pública está amparado bajo el discurso del Amo, siendo parte de un Estado que se funda sobre políticas y discursos que atañan a una ausencia de ley, tendrá como consecuencia que la medicina tampoco pueda tocar la dignidad del cuerpo, ya que lo único que le da dignidad al cuerpo es el límite que establece la ley.

Esto se verifica durante las entrevistas, cuando una de las profesionales brinda testimonio de las pésimas administraciones del hospital en el que labora, y de los problemas surgidos a raíz del mandato de Rafael Correa. Relata el cinismo del gobierno al haber asignado a un educador como administrador de un Hospital, del robo de todos los recursos económicos para la adquisición de insumos, provocando el fenómeno del Elefante Blanco (hospitales inmensos que están vacíos) pero, sobre todo, de lo que significó

haber empezado evaluar al personal en función de la cantidad de pacientes atendidos, en vez de ser la calidad de su trabajo lo que les sirviera de guía.

Esto desencadena en una pérdida de interés por el paciente, una mecanización de la praxis, y una deshumanización que solo unos pocos profesionales tienen el propósito de combatir y cambiar. Si el quehacer médico no está amparado por una ley de lo simbólico, simplemente no puede existir dignidad en el cuerpo. Se instaura una ausencia de límites, y si es que los hay, se trataría únicamente de límites que no son pasibles, y estos últimos no sirven para vivir. Los límites del cuerpo terminan por ser la pulsión de muerte en sí misma, la cual lleva a la mutilación y la desmembración del cuerpo, y consecuentemente a su mercantilización. Todo es una cuestión de violencia a través de la cual se trata de reducir el cuerpo de la letra a la cifra. En *Aún*, Lacan (1972) dirá lo siguiente en relación a la ciencia y a la cifra:

En la ciencia, lo importante no es lo que se mida, al contrario de lo que se cree. Lo que distingue la ciencia moderna de la ciencia antigua, la cual se basa en la reciprocidad entre el *vous* y el mundo, entre lo que piensa y lo que es pensado, es precisamente la función del Uno. Del Uno en tanto que no está allí, es lícito suponer, sino para representar la soledad: el hecho que el Uno no se anuda verdaderamente con nada de lo que al Otro le parece sexual. (p.155)

Consecuentemente, se trata ya no solo de volver objeto al paciente, sino cifra pura. A esto se asocia el *Homo Sacer* de la posmodernidad. Ya no es un sujeto que se sacrifica en el ritual, tal como ocurría en la cultura indígena, sino que es una suerte de objeto al que solo se mata sin más. Y bajo la lógica de la medicina y de la técnica, al sujeto se le da muerte impudicamente una vez que queda convertido en el puro real de la cifra, sin que a esto se le sume un interés por mediatizar lo real a través de la palabra. Es decir, el cuerpo es un ritmo cardíaco, un número de leucocitos y de glóbulos blancos; al cual, al mismo tiempo, el Estado convierte en una estadística más. Esa es precisamente la lógica de despedazar al padre, ver quién se lleva la mejor parte de aquel cuerpo mutilado, sin mediar el acto a través del lenguaje, sin preguntarse qué representa esa carne.

Y es que en la cifra no está inscrito el saber que sí está en la letra, porque a diferencia de la letra, la cifra no simboliza. De esta forma, el caníbal ve el cuerpo como lo real, reduciéndolo a matemática y a pura lógica. “La formalización no es más que la sustitución de un número cualquiera de unos por lo que se llama una letra.” (Lacan, 1972, p.157) Así, la letra le quita de alguna manera la unicidad a la cifra. Sin embargo, ahora se pretende una correlación unívoca, y solamente puede ser así cuando se trata de la cifra, pues ya está definido por un discurso universal del capitalismo que viene a ser el discurso de la ganancia; es una representación para contar, propia del posmodernismo.

Por otra parte, en Ecuador no hay verdaderamente un orden simbólico sobre la profesión médica, porque no hay un rigor, no hay seriedad ni un compromiso hacia ella. En este punto se debe aclarar un aspecto que no tiene solamente que ver con la ausencia simbólica (o una existencia simbólica demasiado endeble), sino que también entra en juego la jerarquía social con la que ha venido funcionando Ecuador hasta el día de hoy, que irónicamente tiene que ver con lo que mínimamente se ha logrado pactar en la sociedad desde el signifiante. Remontándose a la fundación de la República, aún se conservan los tratos inhumanos de personas; y como ejemplo se tomará el testimonio de una de las profesionales, la cual comentaba que durante el gobierno de la Revolución, se abre una riña campal entre los médicos y los pacientes.

Señala pues, que el sistema político empujaba a los pacientes a hacer respetar su derecho a ser atendidos, pudiendo denunciar a los médicos que no quisieran hacerlo, con el supuesto que establecía que ellos estaban en la obligación de atenderlos. “El paciente no tocaba ni siquiera la puerta; entraba. (...) yo me enojaba y decía: ¡por qué entra si usted tiene que pedir permiso! Los pacientes respondían: “¡porque usted me tiene que atender!” Además, comenta que los médicos también se sintieron atacados, profiriendo frases como “¡Hemos sido humillados por esta gente!” Es pues, que cuando se está sujeto a un tipo de régimen político basado en totalitarismo (aun cuando este se presenta con el disfraz de una democracia), se franquean los límites del cuerpo y del espacio del prójimo y



se abre consecuentemente el campo de goce ante un mal que no puede ser sostenido desde el orden de la identificación.

Retomando el concepto del Estadio del Espejo, lo que ocurre en el hospital es una suerte de encuentro con lo intolerable en el semejante, en ocasiones podría leerse incluso como un encuentro con lo que es propiamente abyecto. La medicina no concibe la existencia de una falta, eso se observa con el imperativo de la técnica y la cifra; sin embargo, cuando el pobre se ubica como aquel prójimo al cual se debe cuidar y atender, la agresividad aparece ante la presencia de tanta carencia. El paciente que enferma siendo pobre no puede ubicarse del mismo modo que lo haría el paciente de un hospital privado, pues en él se visibilizará la falta de educación, la ausencia de recursos y la presencia de la violencia como marca en el cuerpo, cuestiones que, contrario a lo que se creería, dificultan una labor médica tecnificada, por lo que es necesario implantar otros sistemas de control en el hospital público.

Como consecuencia se abre una dialéctica del Amo y el esclavo que provoca que, en palabras de una de las madres entrevistadas, sean “tratados como animales”. Ya no se trata solamente del Discurso Capitalista en su conjunción con el Discurso de la Ciencia que mercantiliza los cuerpos, sino con el modo de hacer lazo social que es inherente a la exclusión fundada desde las bases del Estado. Los familiares en el hospital no pueden acostarse, aún si pasan meses esperando al paciente. No pueden ir al baño sin el permiso de un guardia y deben siempre responder con sumisión a las órdenes del personal médico y del personal de seguridad.

Por ello se debe pensar que en el pobre la falta se precipita sobre la carne, se vuelve muy presente y muy real, y es eso precisamente lo que se debe de controlar e invisibilizar, porque es insoportable. Cuando no se está mediatizado por un simbólico robusto, lo que se teme es que se propicien los escenarios en los que el caos esté a la orden del día. Los familiares no pueden entrar al baño, porque se roban el papel higiénico; los hombres no pueden dormir en el cuarto con los pacientes, porque han existido violaciones sexuales; deben de responder mecánicamente a la orden del

médico, porque no poseen la educación suficiente como para comprender lo que se les solicita en primera instancia. Todo este conjunto de actos son un verdadero impedimento para una medicina que pide funcionar con total eficacia, sin falta alguna.

Con todo lo anterior presente, se ubica una característica particular del discurso de la medicina: su cinismo. El cinismo no es otra cosa que hacerse un nombre a partir del discurso que uno mismo critica. En este sentido, gran parte de los médicos y del personal de salud son cínicos, porque pretenden curar a un sujeto saliéndose del sujeto. Esto quiere decir, que para la medicina, sobre todo en su viaje a técnica, es necesario volver al sujeto un cuerpo para poder curarlo; hay que rechazar al sujeto para tratar al cuerpo como enfermedad. Es así como la medicina se reduce a una tecnología de la materia orgánica que niega la existencia del sujeto que sufre por la palabra, que está atravesado por el lenguaje

¿Es acaso posible tratar un cuerpo sin lo simbólico? La respuesta es no, “puesto que el hombre tiene un cuerpo, es por el cuerpo que lo tiene” (Lacan, 1972, p.67) Esto es hacer un cuerpo que está todo el tiempo escapándose, y del cual algo se atrapa en la metáfora de la palabra. El cuerpo es tomado por el lenguaje como si fuera un papel en blanco, e inscribe en él la vida, sin que la vida sea el cuerpo. Por ello, el sujeto “tiene” un cuerpo que permite hacerse responsable de la propia existencia, que le da el derecho sobre su inconsciente, el derecho sobre su propio, el cual debe de estar amparado por una lógica simbólica.

Sin embargo, en Ecuador la Ley es endeble, no hay límites, tanto por su propia historia como por su discurso político y por último, por la época misma en la que se encuentra. Es así como se definen los derechos del paciente sin definir antes al sujeto, menos aún al sujeto de derechos, porque la gente no sabe qué es el cuerpo, no sabe qué responder cuando se le pregunta por él. Y paradójicamente, han sido los médicos a lo largo de la historia, quienes a pesar de haber sido crueles por momentos, ayudaron a introducir algún tipo de ética sobre el cuerpo. Freud siendo médico introdujo una ética distinta sobre qué es el sexo, sobre qué es el alma, sobre cómo habitar un

cuerpo. Entonces, ¿cómo es que hasta ahora no se ha logrado dignificar el cuerpo? Y como resultado de esta pregunta, surge K. quien en su ser y su cuerpo encierra el dolor del abuso, del olvido y del rechazo, viéndose despedazado desde lo más real.

Sobre la ética del cuerpo: curar el abuso de curar

K. es la representación en carne viva del ser abyecto, del Homo Sacer, de la nuda vida. A K. el cuerpo se le despedaza en una literalidad descarnada e impúdica, sin tener la posibilidad de simbolizar algo de ese goce mortífero que le ha arrancado partes de su cuerpo, y lo ha condenado a sufrir de un exilio en su propio ser, alejado de la sociedad. A su llegada, K. es muy claro en decir, aún en su supuesto mutismo, que quiere morir. Él no quiere curarse, no quiere que toquen más su cuerpo. Se refugia en el grito y el llanto, el grito de la necesidad que no ha sido convertido en un grito de la demanda a través del significante, pues sus propios padres lo volvieron objeto de su goce de las maneras más inhumanas.

Desde su llegada, no solo su cuerpo, sino su existencia horroriza. Y aun cuando al hospital llegan todas las semanas niños y niñas víctimas de violencia, su caso en particular levanta el velo y deja a la luz lo más real y visceral de la humanidad. De este modo, el personal médico lucha por hacerlo hablar, para verificar que él habita un humano. Angustiado, pide reiteradamente arroz con pollo sin saber a quién realmente se lo pide. A modo de regresión, no dirige una pregunta a un Otro, solo está el grito arcaico del bebé recién nacido. Se muestra agresivo, y mira al otro con lo que parecería ser la total intención de hacerlo desaparecer. No es para menos, cuando todo a su alrededor representa la muerte.

Como diagnóstico estructural de K., teniendo en cuenta sus seis años de edad, se puede visibilizar en primera instancia una estructura psicótica. Conforme se va recuperando, empieza a ser claro que en él el lenguaje no opera de la misma forma, siendo que el Nombre-del-Padre se vio forcluido a causa de una operación que estuvo mediatizada únicamente por el goce. K. es arrancado de su madre con tan solo cuatro años, la cual además jamás regresó a buscarlo. Queda suspendido ahí un deseo materno el cual no se

metaforiza con la Ley Paterna, sino que se presenta en la forma de puro real: un padre que roba al hijo de su madre, para convertirlo en carne de presa de otra mujer que hace impostura de madre y que, de manera literal, se lo come.

A pesar de las órdenes dadas por el hospital que impedían la atención e intervención psicológica del paciente, se opta por responder a principios éticos del psicoanálisis, poniendo en práctica el Discurso del Analista. De esta forma, las primeras dos semanas en las que el paciente se encuentra aislado de todos los demás en una sala, se decide acompañarlo en silencio, mientras se realizaba una suerte de maternaje que fue solicitada por K. Cavalieri & Walker (2015) señalan lo siguiente en torno a la clínica psicoanalítica:

La apuesta del psicoanálisis se dirige a resolver las cosas por la palabra. Producir el pasaje que va desde los nuevos síntomas a un síntoma nuevo para que un sujeto pueda articularse al Otro. Hay que encontrar “un decir menos tonto” que el de la religión, la ciencia y la filosofía, en esta época de debilidad de los lazos sociales, donde no hay posibilidad de retorno al Padre, para restablecer una figura simbólica consistente. La pregunta que surge es ¿cómo va a operar el psicoanálisis en lo real para llegar a todos los lugares donde el lazo social se ha roto? (Cavalieri, Walker, 2015, p.165)

En consecuencia, a lo que se apunta en la clínica con K. es a establecer una significación fálica con él, de modo que se lo jubile de lo real, en tanto júbilo que atañe a aquel niño que reconoce su cuerpo en el espejo, así como en relación a la jubilación de lo real. De este modo, a través de esta suerte de maternaje, se le devuelve algo de lo simbólico a K. Se van ubicando poco a poco límites que son rechazados con agresividad en un principio, pero que van poniendo su cuerpo en orden paulatinamente.

K. pasa del grito de la necesidad al de la demanda: empieza a solicitar que le den de comer, disfrutando también de dar él de comer a Otro. Todavía la línea se diluye entre la psicosis y la perversión, pues K. disfruta al hacerle daño a los demás, sobre todo a los adultos, como queriendo ser el causante de su angustia, el objeto de su goce. Cuando abraza y besa, lo hace invasivamente; cuando se enoja, golpea y amenaza con matar sin remordimiento alguno. Para él es muy difícil poder expresar emociones a

través de la palabra, para él todo es acto. Y cuando habla, busca lastimar. “¡estás viejo, eres un lento!” “maldita vieja loca”.

En los momentos en los cuales el goce lo invade, se tira al suelo, pateo todo y empieza a llorar y gritar. Y, lo más importante, se abre las costuras de sus cirugías, y mete sus dedos en su cuerpo; se angustia terriblemente cuando ve las grapas en su abdomen, o cuando ve moverse a su intestino fuera de su cuerpo. Pero es ahí donde insiste la cura analítica.

Mientras el resto del personal y padres de familia que lo conocen lo llenan de regalos en actos altruistas que permiten anular momentáneamente el goce que los invade al ver a K., aquí se busca no llevar nada para crear un vacío que propicie una movilización, la creación de un deseo. Él se queja “¡estoy lleno de regalos!” Por lo tanto, el regalo más grande para K. es el de la falta. Así, se continúa insistiendo en límites dados por la palabra para el cuerpo.

Se le explica dónde va cada parte de su cuerpo, sobre todo cuando su intestino se inflama y se sale de sí mismo; pide que le sea mostrado el abdomen de otro para compararlo con el suyo. Se lo asea y se lo cura, y mientras se hace esto, se va abriendo paso un juego de identificaciones: “quiero un carnet (de identificación) como el tuyo” Así, el regalo que se le da, una tarjeta con su foto y su nombre, es aquello que le otorga una identidad y le traza en lo posible las límites de su cuerpo. Cuando se le da el carnet exclama con una enorme sonrisa: “¡este soy yo!”

Con palabras de amor, se busca crear el lazo a través del cual pueda ligarse a un Otro no mortífero, a un Otro que quede ubicado en lo imaginario y lo simbólico. Es pues, darle desde afuera un recubrimiento fálico simbólico al real que viene de antaño, de manera ortopédica, quizás incompleta e insuficiente, pero absolutamente necesaria y con inmenso valor. Así se brindan otras posibilidades que no sea únicamente el tratamiento del cuerpo como enfermedad, para que la cura no quede solamente sostenida a una técnica que también pretende descuartizar el cuerpo.

Se trata de ver la enfermedad como un síntoma que puede des-cifrarse, en tanto da cuenta de un saber del inconsciente; si bien en el caso particular de

K., lo que se busca es ubicar sus modos de hacer con respecto a la ausencia del anudamiento de los registros, sus formas singulares de relacionarse con el Otro y los semejantes. Es por ello que, por momentos, la práctica psicoanalítica se debe mover al campo de batalla, no solo para curar a través de la palabra, sino por medio de un cuerpo que protege y cobija pero que, sobre todo, acoge el dolor con dignidad.

Actualmente, K. ha salido del hospital luego de casi medio año de internación. Su padre y madrastra han sido enjuiciados y encarcelados. K. se despide abrazando y dando besos con tranquilidad, aun con la energía que lo caracteriza, pero dispuesto a agradecer y a entablar un lazo social con los demás, estando algo más recubierto por la palabra. El Estado será el encargado de continuar velando por él, y su nuevo hogar será una casa de acogida. Tan solo se puede guardar la esperanza de lo mejor, frente a un mundo caníbal que vuelve pedazos los cuerpos. La ética del psicoanálisis se cumple y, junto a ella, se abre también una posibilidad.

## CONCLUSIONES

- Se concluye que el cuerpo del sujeto que vive en pobreza se ve determinantemente afectado por el trato inhumano que se le da, a causa de la ausencia de un simbólico que le otorgue un lugar en la sociedad. Es así, que el cuerpo del pobre es reducido a un objeto a causa de un Discurso Capitalista que lo despoja de su valor como sujeto, siendo que también a través de este discurso se reactualizan los modos inhumanos de tratar a las personas, lo cual se liga a la historia de un país que nace en la exclusión de los pueblos que inicialmente lo habitaban. Puesto que el cuerpo de la posmodernidad es un cuerpo al que se consume y se le da estatuto de objeto, cuerpos biológicos sobre los que se ejerce el control político para el cumplimiento de los intereses del capitalismo, y esto se refleja particularmente en los cuerpos de la pobreza.
- Por lo tanto, lo que ocurre durante la posmodernidad es que los lazos sociales que pactaban la relación entre los miembros de la sociedad ecuatoriana, que en sí mismos eran endeble, terminan de desmoronarse cuando el imperativo de goce de la época empuja a un canibalismo extremo, dando paso a manifestaciones atroces de violencia. Estos actos son, sobre todo, vividos en las personas que sufren de aquella inclusión que los excluye, por el mismo hecho de que sus cuerpos están muy pegados a lo real del goce.
- Además, el capitalismo desenfundado del posmodernismo continúa cavando la brecha de la desigualdad, que lleva a los sujetos a habitar condiciones de precariedad mayores, aún a pesar de que los índices de pobreza en el país mejoraron en los últimos años. Es pues, que como se planteó en el análisis de caso, al ser la pobreza de Ecuador una pobreza simbólica, esta no está determinada tan solo por la ausencia de bienes materiales, puesto que se trata de un país muy lleno de riquezas; sino que al no existir un pacto social, una Ley que ejerza su función, los sujetos no logran vincularse con los objetos de su alrededor ni con su propio cuerpo.

- Así mismo, el canibalismo propio de una época sumida en el *hipercapitalismo*, se ve exacerbado por la aparición de una figura mesiánica que marca con bastante claridad lo que se vive en el Ecuador posmoderno. Es de todo lo anteriormente nombrado de lo que enferma el cuerpo en la pobreza: por la falta del orden simbólico. Es decir, que más allá de la enfermedad física que pueda presentarse independiente al rango social, cuando ésta es vivida en la pobreza, se la sufre y se la padece sin la ayuda del mismo sostén simbólico que sí acoge a otros miembros de la sociedad. En consecuencia, esta se manifiesta en un estatuto aún más real del cuerpo.
- Por último, en el caso particular de Ecuador, el discurso médico que se ve amparado por el Sistema de Salud da cuenta de enormes deficiencias y carencias que marcan los cuerpos, los cuales en vez de ser cobijados, son despojados de la palabra. A esto se le suma la práctica médica amparada por el discurso médico-científico de la posmodernidad, el cual se caracteriza por haber realizado un viraje de medicina a técnica, la cual se muestra completamente ilimitada en su afán de reducir el cuerpo a objeto y, particularmente, a cifra. Es pues, que no se puede pretender tratar de manera digna a un cuerpo, cuando este es convertido en la pura enfermedad para ser curado. Lo que se gesta con la medicina o bien técnica posmoderna, es volver puro real al cuerpo, y justamente ante esta realidad, es solo a través de la ética de la palabra que se puede restituir la dignidad del cuerpo y del sujeto.



## RECOMENDACIONES

Se considera necesario tener presentes las siguientes palabras de Laurent (2009):

“El abordaje del trabajo en instituciones es demostrar que el psicoanálisis cura en la medida en que permite testimoniar que un sujeto no se puede “re-identificar” del todo a una clasificación, debido a que siempre queda algo... hay efectos positivos cuando uno toca lo irreductible del síntoma, su singularidad” (p.32)

Desde este lugar, se recomienda plantear el cuerpo no como un fin, sino como un punto de partida. Esto quiere decir que el tratamiento que se pretenda darle al sujeto que padece una enfermedad no debería de estar enfocado únicamente en sus síntomas como manifestaciones orgánicas, sino como aquella instancia que le permite al sujeto decir algo sobre su sufrimiento.

Por lo tanto, a profesionales que trabajan en los servicios de salud se les propone pensar la “humanización” de la medicina no en función de los avances tecnológicos que puedan proporcionar un supuesto bienestar inmediato al cuerpo, ni tampoco únicamente como el cumplimiento de protocolos de intervención que apelan a los derechos humanos, sino como una práctica que brinde un espacio para la escucha de cuerpos que hablan. Se trata pues, de alojar lo que el paciente tenga para decir sobre su propio dolor desde un lugar de respeto y singularidad, comprendiendo que las experiencias de enfermedad son siempre distintas en cada sujeto.

En casos de urgencia subjetiva como los que pueden ser vivenciados por sujetos que padecen una enfermedad o que son víctimas de violencia, se recomienda poder brindar un acompañamiento lo más pronto posible, el cual respete ante todo los límites y los tiempos del paciente. Puesto que la intervención psicológica, tal como pretende ser planteado desde la ciencia, no significa únicamente tratar con la técnica, sino con la ética. Es por ello

que se debe brindar un lugar para tratar con la palabra o, de igual manera, para acompañar en el silencio,

En el caso de las instituciones de salud que alojen casos de violencia, más aún si son mediáticos, se sugiera poder resguardar la intimidad y la integridad del paciente ante todo, sin exponer su cuerpo y su sufrimiento a los demás; ya que la estigmatización y la revictimización también pueden estar veladas por actos altruistas, o por un desenfrenado afán de curar. Finalmente, se recomienda también sostener la ética psicoanalítica en el trabajo con sujetos que viven en la pobreza estando siempre advertidos de no flaquear ante la impotencia ni ejercer una práctica desde el altruismo, sino desde el reconocimiento de un sujeto cuyo dolor se debe respetar.

## REFERENCIAS

- Agamben, G. (2006). *Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.
- Alemán, J. (2009). *La metamorfosis de la ciencia en técnica*. Obtenido de Dialnet : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106626>
- Alvarado, J., Correa, R., & Tituaña, M. (2017). *Migración interna y urbanización sin eficiencia en países en desarrollo: evidencia para Ecuador*. Obtenido de Scielo : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252017000400099&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252017000400099&script=sci_arttext)
- Ariza, A., Guapi, F., & Domínguez, N. (2019). *Pueblos y nacionalidades del Ecuador, una mirada a su presencia y aporte a la educación y pobreza del país*. Obtenido de Dialnet: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-AnalisisDelSistemaDeSaludDelEcuador-6943649.pdf>
- Armenteros, V. (2012). *Entre el mito y el mate: competencias médicas y posmodernidad*. Obtenido de Dialnet: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-EntreElMitoYElMateCompetenciasMedicasYPosmodernida-4062940.pdf>
- Arteaga, N., & Bacarlette, L. (2010). *La pobreza como espacio de indeterminación: un análisis desde la biopolítica*. Obtenido de Researchgeat: [https://www.researchgate.net/publication/44024868\\_La\\_pobreza\\_como\\_espacio\\_de\\_indeterminacion\\_Un\\_analisis\\_desde\\_la\\_biopolitica/fulltext/0e609b58f0c44a2d5351bebe/La-pobreza-como-espacio-de-indeterminacion-Un-analisis-desde-la-biopolitica.pdf](https://www.researchgate.net/publication/44024868_La_pobreza_como_espacio_de_indeterminacion_Un_analisis_desde_la_biopolitica/fulltext/0e609b58f0c44a2d5351bebe/La-pobreza-como-espacio-de-indeterminacion-Un-analisis-desde-la-biopolitica.pdf)
- Ayala, E. (2008). *Resumen de Historia del Ecuador*. Obtenido de Biblioteca General de Cultura : <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/836/1/Ayala-econ0001-resumen.pdf>
- Begala, G. (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Buenos Aires: Grama.

- Benavides, J. (2003). *Ecuador: lo que no se dice*. Obtenido de Dialnet :  
file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-EcuadorLoQueNoSeDice-876546.pdf
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan* . Buenos Aires : Paidós.
- Cañizares, R., Mena, G., & Barquet, G. (2016). *Análisis del sistema de salud del Ecuador* . Obtenido de Dialnet :  
file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-AnalisisDelSistemaDeSaludDelEcuador-6943649.pdf
- Cavaliere, V. (2015). ¿Qué es el control? En G. Belaga, *La práctica del psicoanálisis en hospitales* (págs. 212-221). Buenos Aires: Grama.
- Fair, H. (Junio de 2018). *El discurso capitalista neoliberal desde una perspectiva lacaniana*. Obtenido de Scielo :  
<http://www.scielo.org.co/pdf/desa/v31n1/0124-4035-desa-31-01-193.pdf>
- Foucault, M. (2003). *Die Geburt der Sozialmedizin*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica* . Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1982). *Introducción al narcisismo* . Buenos Aires : Amorrurtu.
- Freud, S. (1991). *Tótem y tabú y otras obras (1913-1914)* . Buenos Aires: Amorrurtu.
- Freud, S. (1992). *El yo y el ello y otras obras* . Buenos Aires: Amorrurtu.
- Gentili, N. (2006). *El cuerpo del psicoanálisis: el Yo ideal y el Ideal del yo*. Obtenido de El sigma: <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-cuerpo-del-psicoanalisis-el-yo-ideal-ideal-del-yo/10004>
- Goberna, J. (2004). *Historia de la enfermería* . Obtenido de Scielo :  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011)
- Lacan, J. (1972). *Seminario 20, Libro 1: Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis* . Buenos Aires : Paidós.
- Laurent, E. (2009). El delirio de normalidad. En E. Laurent, *La clínica analítica hoy. El síntoma y el lazo social* (págs. 28-49). Buenos Aires: Grama.

- León, C. (2005). *El cine de la marginalidad: realismo sucio y violencia urbana* . Quito : Abya-Yala .
- López, C. (2014). *La biopolítica según la óptica de Michel Foucault : alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis*. Obtenido de Biblioteca Clacso: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D9860.dir/09\\_lopez.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-030/index/assoc/D9860.dir/09_lopez.pdf)
- Mahé, L., & Ramos, C. (2012). *Enfermedad, cuerpo y síntoma*. Obtenido de <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-EnfermedadCuerpoYSintoma-4635362.pdf>
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica: sobre el gobierno privado indirecto* . Melusina.
- OPS. (1978). *Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault* . Washington : Organización Panamericana de la Salud . Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Preciado, P. B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.
- Ramírez, Á. (2005). *Posmodernidad y política*. Obtenido de Dialnet : [file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-PosmodernidadYPolitica-5340036\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-PosmodernidadYPolitica-5340036(1).pdf)
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* . México D.F. : Mcgraw Hill Interamericana Editores.
- Simmel, G. (2014). *El pobre* . Madrid: Sequitur.
- Stezano, F. (2021). *Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina*. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46405/4/S2100026\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46405/4/S2100026_es.pdf)
- Stiegler, B. (s.f.). *Von der Biopolitik zur Psychomacht* . Frankfurt: Suhrkamp.
- Valencia, S. (2010 ). *Capitalismo gore*. España: Melusina.
- Vélez, H. (2009). *La medicina en la postmodernidad*. Obtenido de Scielo : [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052009000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052009000200010)
- Vetere, E. (2019). *¿Qué es el cuerpo para el psicoanálisis?* Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires .

Villa, D., & Montañez, P. (2010). *¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis?*  
Obtenido de Dialnet: file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-  
DeQueCuerpoSeHablaEnPsicoanalisis-4897895%20(2).pdf

Vivir, P. N. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir* . Quito .

## ANEXOS

### Anexo 1: Formato de Acta de Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que he sido invitada a participar en una investigación académica, la cual cuenta con el respaldo de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Declaro haber sido informada del objetivo que persigue esta investigación, y que mi participación consistirá en realizar una entrevista que demorará alrededor de 30 a 40 minutos.

Se me ha explicado que la información registrada será de carácter confidencial, y que los nombres de los participantes serán cambiados u omitidos. Esto significa que el autor de las respuestas no podrá ser conocido por otras personas ni tampoco ser identificado en la fase de publicación de resultados, a menos que yo autorice lo contrario. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, si bien esta información podrá beneficiar de manera indirecta a la sociedad, dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, y confirmo que he recibido una copia del presente documento.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

## **Anexo2: Formato de entrevista a profesionales de la salud**

1. Coméntenos sobre su labor profesional dentro del Hospital.
2. ¿Qué define usted como enfermedad?
3. ¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?
4. ¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?
5. ¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?
6. ¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)
7. Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?
8. ¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?
9. Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?
10. Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?
11. Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?



12. ¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?
13. ¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?
14. ¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
15. ¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
16. ¿Qué considera usted que es un cuerpo?

### **Anexo 3: Formato de Entrevista para madres de familia**

1. Coméntenos sobre su experiencia dentro de los hospitales o centros de salud a los que haya asistido.
2. ¿Qué define usted como enfermedad?
3. Desde su experiencia ¿supieron los médicos tratar la enfermedad por la que usted los consultó? En cualquiera de los dos casos, explique los motivos.
4. ¿Hubo algún momento, durante el curso de su enfermedad o la de su hijo, que se sintió deshumanizado por parte del equipo médico? En caso de haber sido así, ¿cuáles fueron estos momentos?
5. ¿Confía plenamente en el criterio médico para determinar que un paciente está curado?
6. ¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?
7. ¿Cuáles cree usted que deberían de ser los objetivos del médico una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)
8. Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?
9. ¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con reglas de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estas reglas?
10. Desde su experiencia, ¿cree usted que existe alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?

11. ¿Considera usted que existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?
12. Según su criterio, ¿quiénes deberían de tener acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?
13. ¿Considera usted que debería existir algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
14. ¿En casos de violencia física o sexual, cree usted que debería de existir algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?
15. ¿Qué considera usted que es un cuerpo?

### **Anexo Entrevista a madre de familia 1:**

#### **Coméntenos sobre su experiencia dentro de los hospitales o centros de salud a los que haya asistido.**

Bueno, he pasado dos experiencias que fueron bien difíciles para mí, porque primero pasé con mi hijo y después pasé con mi sobrina. Bueno, en esas dos experiencias que yo pasé, primeramente me refugié en Dios para pedirle que me de fuerza y poder salir adelante, y son momentos difíciles que uno vive, porque a veces estás en una ciudad en la que estás sola, por lo menos a mí me ha tocado estar sola, he llorado y no es fácil para nadie, porque siempre digo, estando lejos de tu tierra son cosas difíciles que tú vives, porque si no tienes para una medicina; pero lo bueno es que en esos hospitales tú conoces mucha gente solidaria que te brinda la mano sin conocerte y eso yo he entendido que somos hijos de Dios, y en veces pienso que Dios te pone esas pruebas para uno ser mejor personas. Hay muchos médicos también que te dan ese apoyo, para mí es algo bien duro y difícil hablar de esto porque hay sentimientos que se encuentran. La experiencia que yo pasé con mi sobrina fue algo duro y hasta ahorita lo sigo viviendo y padeciendo doctora, porque ella es una niña totalmente desnutrida que yo la tengo de lunes a viernes, pero mi hermano no es que tiene un “sueldazo”. Yo me considero pobre, porque a veces cuando no tengo para darle a ella, como siempre se lo he dicho a las personas que me conocen, yo después de salir del hospital yo a mis hijos les puedo dar un arroz con huevo, un arroz con atún. A mi sobrina no, son cosas que yo tengo que vivir, que uno como mamá, como jefa del hogar, en veces no hay, mi esposo no tiene un trabajo segura, y sería que yo tuviera a cargo con mi sobrina cuatro criaturas. Y en veces he padecido, pero con la bendición de Dios aquí estoy, tengo salud, que es lo más importante, con la bendición de mi Dios. Y ahorita es una preocupación que yo tengo, Mia caminaba bien, pero ahora ha quedado como caminando cojita.

### **¿Qué define usted como enfermedad?**

Bueno para mí la enfermedad es algo duro, tener que aceptar que esa persona en cualquier momento le puede dar algo y hasta ahí, porque eso es lo que yo viví, porque muchos médicos dijeron que mi sobrina en cualquier rato se podía quedar donde estaba, y para mí aceptar una enfermedad es algo duro y ver sufrir a esas personas. Yo a veces entiendo a las personas que pasamos en esta situación, porque a mí se me reflejaron enfermedades de mi papá y de mi mamá, y son cosas duras que no tengo ni cómo decirlo, para toda familia, para todo ser humano, es difícil aceptar un cáncer, es difícil aceptar una leucemia, es difícil aceptar un VIH, porque muchas enfermedades que... la diabetes. Son cosas que, no sé, de verdad son cosas duras que uno como ser humano tenemos que aceptar.

### **Desde su experiencia ¿supieron los médicos tratar la enfermedad por la que usted los consultó? En cualquiera de los dos casos, explique los motivos.**

Bueno, cuando yo llegue donde estaba M., en el hospital gracias a Dios usted me orientó bastante, Doctora. Muchos médicos me hacían sentir mal, porque me hacían sentir culpable en qué estado llegó M.. Pero yo siempre fui sincera, yo con ella no vivo, no vivía, estando ahorita que yo la tengo, porque yo también me canso doctora. Yo por eso hablé con mi hermano, le dije del lunes a viernes yo te voy a dar la mano, el fin de semana por lo menos quiero respirar, porque lidiar con una criatura así no es fácil, yo hasta me enfermé después que vine del hospital. Bueno, muchos de los doctores me decían que la niña no iba a salir del estado en que ella estaba, un estado crítico, pero yo siempre fui de las personas que no perdió su fe en Dios, siempre me refugié en Dios y hasta por último lo dije: Señor, lo que sea tu voluntad. A lo último que me dijeron que ya faltaba poco para yo irme, le volvieron a repetir los exámenes porque los doctores decían que tenía Cáncer. Cáncer, esa palabra que me cuesta hasta decirlo y botarlo de mi boca pero después que se hizo más exámenes profundo, fue que yo entendí que descartaron un cáncer. Lo que yo entendí es que el problema de ella es

una médula, pero eso lo afectaba a ella porque ella ha tenido desde pequeña una mala alimentación.

**¿Hubo algún momento, durante el curso de su enfermedad o la de su hijo, que se sintió deshumanizado por parte del equipo médico? En caso de haber sido así, ¿cuáles fueron estos momentos?**

Bueno, yo estoy agradecida con los doctores, muy agradecida, pero un día me dijeron que... me hicieron sentir mal, como ser humano. Y bueno, yo nomás, yo sé escuchar doctora, pero en veces como ser humano, nosotros tenemos que darnos cuenta antes de botar una palabra, porque no sabemos psicológicamente que estamos haciendo daño a esas personas, y yo lo único que le contesté, fue que ellos son buenos médicos, pero que antes de ellos está Dios. Fue un día que yo lo contesté porque yo me sentí mal y me sentí chiquita, sí mi pasó un día que me sentí bien mal por una cosa que dijeron.

**¿Confía plenamente en el criterio médico para determinar que un paciente está curado?**

Primeramente confío en Dios, y después en los médicos.

**¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?**

Sí creo que cuando esa persona está enferma, hacerla sentir amada, hacerla sentir importante, hacerla sentir que su familia está con ella... Sí considero importante. También es importante tomar en cuenta esa parte.

**¿Cuáles cree usted que deberían de ser los objetivos del médico una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”?  
(Imposible de curar)**

Yo creo que psicológicamente le tienen que preparar a esa persona, porque como siempre digo, dar una noticia así dura él no se imagina que esa persona puede sufrir del corazón o de algo, y con ese diagnóstico... ha habido esos casos, que en veces te dan el diagnóstico y ¡PAS!, tú caes ahí,

porque te sorprende y es como que te dan una noticia que tú no sabes qué hacer. Y yo creo que los doctores, como médicos, deberían de estar capacitados para preparar a los familiares de los pacientes, yo pienso eso.

**Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?**

Bueno en los insumos de la protección, de lavarse las manos, sí le vi un buen estado, pero en veces hay muchas personas que te hacen como el feo. En veces tú le pides a un guardia que está ahí que quieres ir al baño, y ellos en veces como que no te ceden, porque si tú estás pidiendo que quieres ir al baño, es porque tú no eres de allá. Tú necesitas un baño por lo que tienes tu pariente en ese hospital. Yo creo que a veces en esa situación, las personas que están ahí deberían de ser más amables, porque si uno lo está pidiendo de favor es porque uno no es de allá.

**¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con reglas de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estas reglas?**

No, yo sí comparto muchas reglas del hospital, porque estamos viviendo un momento de pandemia, de contaminación, que con nosotros como seres humanos tenemos que igual protegerlo. Pero antes como le dije un día al doctor, que nosotros estamos en las manos de Dios, sea con pandemia o sin pandemia, en cualquier momento nos vamos de la Tierra. Por ejemplo, yo un día me fui al baño y me salí sin mascarilla, porque me levantaba de dormir, cuando me dice el guardia ¿Y, usted de dónde salió? Y yo me toco (el rostro), o sea al momento en el que necesitaba ir al baño ya me salí pues. O sea, yo sí creo que en el hospital hay reglas y son excelentes para mí porque, por ejemplo, el lavado de manos, nuestra protección, porque si estamos en una sala crítica, no podemos llevar de afuera una contaminación a nuestra pariente que está en una sala crítica. Eso sí comparto que haya esas reglas.

**Desde su experiencia, ¿cree usted que existe alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?**

O sea, la contaminación yo creo que sí. Bueno, la enfermedad es lo mismo, quizás la atención es diferente, porque siempre en un particular te va a dar más privilegio a uno porque tú lo estás pagando, y en un público del gobierno te hacen como algo... es algo diferente, porque acá donde yo vivo hay un hospital público, y a veces a mí me da coraje porque cuando nosotros tenemos una fiebre fuerte, no le dan importancia, pero viene alguien sacado las tripas, que entiendo que está bien porque tiene prioridad porque tiene la tripa afuera, pero una fiebre también hay que hacerle caso, porque una fiebre de cuarenta tú puedes convulsionar, son cosas delicadas. Pero sí me doy cuenta que en un público con un particular hay diferencia. (Hay diferencia en el trato del personal al enfermo).

**¿Considera usted que existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?**

Sí, porque en primer lugar, yo como pobre, antes de irme a un particular lo primero que pienso es en el dinero, y si yo no tengo esa facilidad, le pongo un ejemplo, si yo no tengo esa facilidad tengo que buscar algo público, porque no lo tengo ese recurso, y como siempre digo, y confiar en Dios. Es lo único que me toca hacer, y yo confío mucho en los médicos del gobierno, y a veces también entiendo que ellos se expresen un poquito mal, porque también entiendo que es estresante, ellos como médicos luchar por salvar vidas. Sí también entiendo a esos médicos, no estoy en contra de los médicos, porque si por algo ellos son médicos, es para salvar vidas.

**Según su criterio, ¿quiénes deberían de tener acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?**

Bueno, yo creo que cuando un paciente está en una situación crítica, que no se lo puede estar moviendo, yo en esa parte les daría la razón a las licenciadas, o a los médicos, porque es muy diferente un paciente que está



en una cama que está un poco mejor, que uno crítico. Cuando es un paciente que está un poco mejor, uno como su familiar le puede ayudar y colaborar, pero en el momento que está en una situación crítica, el familiar no puede estar al lado, porque cuando un paciente está crítico, el familiar lo que pasa (a verlo) es un minuto, cinco minutos, y de ahí el paciente pasa totalmente solo, y ahí quienes tienen que tener el cuidado son las licenciadas y los médicos.

**¿Considera usted que debería existir algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Bueno, yo creo que si un paciente llega inconsciente a un hospital, porque pasa esos casos, yo creo que el médico lo que tiene que hacer es actuar rápido y salvarlo, y no va a haber momento para estarlo pensando y pedirle permiso. Es muy diferente a si el paciente llega consciente con su mentalidad que él está en un hospital, y se le diga que le van a hacer una cirugía, es distinto. Ahí yo creo que el médico sí debería conversar con ese paciente.

**¿En casos de violencia física o sexual, cree usted que debería de existir algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Bueno, hay muchos casos que se escuchan en el momento de cuando es un maltrato, un abuso sexual, son cosas delicadas que pasan, el médico yo creo que le toca, tiene que hacer una valoración a esa persona que llega, y él tiene que tocar me imagino, examinar, para dar su diagnóstico, para ver la forma en la que la niña fue estrangulada o violada o maltratada, yo creo que el médico sí tiene que hacerlo como doctor. (Yo creo que sí debería de haber una forma para que ellos puedan hacerlo de manera correcta.)

**¿Qué considera usted que es un cuerpo?**

Qué considero que es un cuerpo... (Ríe) Buena pregunta, ¿no? Bueno yo creo que nosotros estamos hecho... tenemos un cuerpo de carne y hueso, creo yo, como seres humanos que somos... (Ríe) Ahí si me cogió en roja. Estamos convertidos en un cuerpo como seres humanos. Bueno, yo me

considero que siempre he sido una persona bondadosa, hasta que Dios me preste vida, si tengo esa gana de ayudar, siempre estaré ahí ayudando como ser humano hasta que Dios me preste vida. No sé qué más decir... Podemos hacer muchas cosas (con un cuerpo), porque en veces cuando dejamos de existir, bueno, también podemos hablar del cuerpo cuando ya está muerto. Bueno yo he escuchado que cuando ya nos morimos, el alma sale y lo que queda es un cuerpo, que en final de cuentas como en veces le digo a mi hermana y a mi mamá, vamos a ser devorados por los gusanos. ¿Porque es lo lógico no? Yo siempre peleo con ambas, porque les digo "nosotras estamos gorditas, tenemos hartito para los gusanos". Porque al final de cuentas le digo a mi mami, tenemos que estar preparados para todo, hasta para la muerte, porque la muerte es un pretexto, Ahorita estamos y mañana no sabemos, y la vida hay que saberla vivir. Le digo a mi ñaña, a mí lo que me dolería en el alma es que yo estire la pata (morirme) y que mis hijos queden desamparados, es lo único, porque yo ya viví y mis hijos no y yo sé que luego si algún día yo falto, y es lo único que siempre me levanto y le pido a Dios. Dios, dame vida porque yo quiero que mis hijos sean grandes, y como le digo a Eric, si yo me meto en tu vida es porque te quiero, eres mi hijo mayor y yo siempre voy a estar metida en tu vida, diciéndote lo que debes y lo que no debes hacer, porque uno como mamá quiere lo mejor para sus hijos. Yo me arrepiento doctora de no haber estudiado, de no haber sabido más, me desespero doctora. Ahora le digo que estudian con todas las facilidades, les digo "hijos estudien, miren que tu papá para darles de comer se saca la madre", porque nadie viene y te regala un centavo, nadie viene y te dice "toma para un pan", y le digo a mi hijo "la vida es dura, o nosotras la hacemos dura" Pero aquí estamos, juntos como familia... así doctora.

#### **Anexo 4: ENTREVISTA MADRE DE FAMILIA 2:**

**Coméntenos sobre su experiencia dentro de los hospitales o centros de salud a los que haya asistido.**

Bueno mi experiencia fue fatal, fue terrible, fue una situación muy difícil. Eh, ¿qué te puedo decir? Hay que, como te explico... No sé ni cómo explicarte. Fueron momentos muy difíciles. Es lo que te puedo decir, que fueron momentos duros y muy difíciles para mí.

**¿Qué define usted como enfermedad?**

La enfermedad es algo... depende de cómo seas. Puede ser algo fatal, como puede ser algo donde teniendo fe y confiando en Dios, pueda ser algo donde se pueda solucionar, donde uno pueda, los resultados puedan cambiar pues, de cualquier enfermedad.

**Desde su experiencia ¿supieron los médicos tratar la enfermedad por la que usted los consultó? En cualquiera de los dos casos, explique los motivos.**

Sí, sí ellos sí pudieron, pero ya como que cuando ellos pensaban que no había solución, ¿sí me entiende? Cuando ellos pensaban como que no podían hacer nada, consiguieron como quien dice la solución a la enfermedad por la cual atravesaba mi hijo.

**¿Hubo algún momento, durante el curso de su enfermedad o la de su hijo, que se sintió deshumanizado por parte del equipo médico? En caso de haber sido así, ¿cuáles fueron estos momentos?**

Sí, fueron muchos momentos. Fueron en muchas ocasiones, en realidad no me sentía a gusto, no sentía la confianza que le debía tener a los médicos, ya de que ellos en sí nunca fueron certeramente sinceros pues, Hubieron cosas que intentaron ocultarme, pero yo siempre como atenta, terminaba descubriendo la verdad y ya, ahí les fui como que perdiendo la confianza a ellos.

**¿Confía plenamente en el criterio médico para determinar que un paciente está curado?**

No, no confío mucho. Porque no son sinceros, ellos hay cosas que en realidad... ellos dicen ser sinceros, pero hay cosas que ocultan, y en realidad uno sabe si creer o no creer.

**¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?**

Sí, eso cuenta mucho, porque por lo menos en la parte de mi hijo, su parte emocional tenía que saber y solamente una psicóloga podía decir si estaba bien o no. Ahí sí yo sí digo que sí, porque plenamente un psicólogo es el que puede decir el estado emocional del paciente. Sí, porque el estado emocional de un paciente cuenta mucho en la enfermedad, el estado de ánimo, el cómo se encuentra, el cómo se sienta, eso cuenta mucho en el paciente, y a mí me parece que sí sería excelente (tomarlo en cuenta).

**¿Cuáles cree usted que deberían de ser los objetivos del médico una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)**

En esos casos el médico debería de aceptar las voluntades de los familiares, de lo que los familiares decidan, porque ellos pueden ser muy profesionales y muy médicos y todo, pero solamente al familiar le duele el paciente, ¿me entiendes? O sea, solamente al familiar sufre y vive. Entonces ellos deberían de como médicos, a veces, como quien dice dejarse orientar, de lo que el familiar vida. No cerrarse a poner a sufrir a los familiares ni al paciente, porque uno lo que hace es sufrir.

**Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?**

No, por lo menos las limitaciones que yo tuve eran que, pasando por mi proceso, no me dejaban descansar como tal, o sea, como debiese. Esa

limitación, que a pesar de la situación que estaba viviendo, de lo duro que estaba pasando, ellos como que pensaban que yo era de hierro. Yo no podía dormir, no podía descansar, tenía que permanecer sentada en una silla, ¡obvio que nadie en una silla puede descansar ni puede dormir! Esa parte fue lo único que no me agradó, porque tenemos que colocarnos en la otra persona, porque todos somos seres humanos, y como personas humanas no sabemos en qué momento nos pueda pasar a cualquiera de nosotros, y es bien desagradable pasar una situación tan difícil y que las personas que estén ahí, no te entiendan ni te comprendan, sino que simplemente quieran dejarse llevar como que por un protocolo, como que por un... no. O sea, hay que ponerse... No hay que ver el protocolo, sino que ver la situación que están pasando las personas en ese momento. Eso fue lo que me pasó.

**¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con reglas de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estas reglas?**

¡Claro, eso es imposible! Porque uno como persona, uno necesita descansar, uno tiene que... Está uno pasando por un mal momento, y el no descansar, el no sentirte a gusto, más la situación, todo se pone como que difícil. Todo es como que más complicado, más difícil, es como que si tú dijeras, “ajá y ¿qué hago?, ¿qué puedo hacer?” te sientes agotado, te sientes sin fuerzas, y ahí es una de las cosas donde tienes que tener fuerza y una de las partes para tú poder obtener esa fuerza lo tienes en el descansar, en el poder dormir así sean 5 minutos. Pero no se puede pues, ahí no se puede.

**Desde su experiencia, ¿cree usted que existe alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?**

Sí, hay bastante diferencia, porque ellos piensan que porque es público, uno debiese ser tratado como animales, no sé, diría yo. Ellos no piensan que son humanos, simplemente porque como uno no está pagando, uno tiene que acatarse a lo que ellos digan o a cómo ellos lo digan, cosa que no

debiese ser, porque todos somos humanos. Pagues o no pagues, todos somos iguales, nadie es más que nadie.

**¿Considera usted que existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?**

Sí, que los médicos no colaboran en el sentido de que si no tienes, eso es problema tuyo. Ver cómo haces. “¡Bueno, tú paciente es tuyo, no es problema mío!” Y considero que no debiese ser así, porque si por lo menos es un hospital, y el hospital no lo tiene, el familiar no tiene los recursos, yo digo que hablándose entre médicos, o viendo los pacientes que estén buscando las vías como para conseguirlo. Todo se puede, porque en la vida no hay nada imposible. Los límites se los coloca uno mismo.

**Según su criterio, ¿quiénes deberían de tener acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?**

Los familiares. La madre, el padre, y en caso tal de no estar ni la madre ni el padre, los hermanos. Un tío, así pues, o sea, porque a veces uno como persona de repente la madre no se siente capacitada, o no se siente en condiciones, puede estar el tío, puede estar el papá, los familiares pues. Y dentro de un hospital igual, los familiares. Los familiares junto con ayuda de una licenciada, porque nosotros podemos ayudar a las licenciadas a manipular al paciente. Las licenciadas como conocimiento de lo que es el trabajo, o lo que se debe hacer, y el familiar como en compañía y ayuda a la licenciada, porque en ocasiones de repente que no haya quién lo haga, el familiar tiene conocimiento de cómo se debe hacer o cómo se debe manipular el paciente.

**¿Considera usted que debería existir algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

No, porque el médico como médico debe de saber de qué manera manipular al paciente, me imagino yo que para eso está estudiando, para saber cómo manipular a un paciente, y qué es lo que debe hacer.

**¿En casos de violencia física o sexual, cree usted que debería de existir algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Bueno, sí ahí sí, porque ya es diferente el caso, ahí sí el médico debería de tener como otra manera, debería de informar “este paciente debe ser manipulado de otra manera” Acuérdesse que es violencia, y cuando es violencia, las personas tienen maltratos en su cuerpo, y tú no puede manipular a esa persona directamente porque tus huellas o tus marcas quedarán en la persona, y es una persona ya delicada para tratar, a diferencia a otras.

**¿Qué considera usted que es un cuerpo?**

¿Un cuerpo? Es algo que tenemos prestado, es algo que tenemos mientras estemos vivo. Que debemos cuidar, que debemos tenerle el mayor cuidado porque tenemos órganos y saber cuidarnos pues. Porque dependiendo de cómo tú te cuides va a resultar tu calidad de vida, o tu vida. El cuerpo y el alma están juntos, solamente que cuando el cuerpo muere, ya el alma pasa a desprender del cuerpo de la persona. El alma o el espíritu es lo que mueve al cuerpo, es lo que le da vida al cuerpo.

## **Anexo 5: Entrevista a Psicóloga Clínica**

### **Coméntenos sobre su labor profesional dentro del Hospital.**

Bueno, soy psicóloga clínica y soy la responsable del servicio de cuidados paliativos. Mi labor consiste básicamente, en brindar apoyo y acompañamiento a los pacientes y familiares de los niños que padecen enfermedades que amenazan su vida, es decir, intervengo sobre todo en las áreas críticas o en las áreas que requieren un abordaje quizás un poco más intenso, más de atención o abordaje de la crisis, intervención en crisis. Actualmente soy la responsable de ese servicio y coordino pues, las acciones que se llevan a cabo en la unidad.

### **¿Qué define usted como enfermedad?**

La enfermedad es un conjunto de síntomas que van a determinar un padecimiento, que pueden ser por diferentes motivos, pero que hacen que el individuo, sea un niño o un adulto, padezca de un malestar a nivel ya sea a nivel físico o mental. Pero básicamente lo defino como un conjunto de síntomas que van a determinar la condición de salud o de malestar de un individuo.

### **¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?**

Sí, considero que las personas que han sido víctimas de la violencia, ya sea física o sexual, pueden a futuro, después de haber sufrido ese tipo de traumas o de evento, pueden desarrollar enfermedades que van desde lo orgánico, a enfermedades que van a lo mental también. He podido conocer pacientes que a causa de estas situaciones han padecido o están viviendo una situación de trastornos depresivos profundos, e incluso hay quienes han desarrollado estados psicóticos, o sea trastornos severos y como siempre hablamos de la influencia de la mente sobre el cuerpo, entonces también he visto pacientes que han somatizado, es decir, han utilizado su cuerpo para expresar ese dolor o las consecuencias de esa agresión.



**¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?**

El alivio de sus síntomas, la recuperación de su autonomía, el alivio de su malestar, el hecho de que pueda recuperar de algún modo la cotidianidad de sus actividades, el que se reincorpore a la sociedad, el que pueda actuar con mayor facilidad o recupere esa interacción que tiene con el otro, con los demás, que salga de su aislamiento, que salga de su... como toda enfermedad, porque ya sea que una enfermedad sea física o mental, requiere aislamiento. Requiere de poder apartarse para poder recuperarse de alguna forma, entonces que el paciente pueda recuperar de algún modo el ritmo de su vida, o sea, su cotidianidad, su normalidad, por decirlo de alguna manera, me permite a mí saber que sí, que está en un proceso de recuperación.

**¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?**

Sí, por supuesto que sí. No se puede obviar o no se puede decir sencillamente que no hay que tomarla en cuenta. La dimensión psíquica es muy importante a la hora de hablar de salud también.

**¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)**

El objetivo entonces viene a ser centrarse en la calidad de vida, en el confort, en el manejo adecuado de sus síntomas, para que precisamente sus síntomas no le produzcan un malestar de tal modo que el tenga que sufrir, sino que si está declarado fuera de recursos terapéuticos, que quiere decir que ya no hay posibilidades de curarlo, sin embargo, sí es posible que pueda vivir en las mejores condiciones posibles hasta que llegue el final de su vida. No es necesario sufrir hasta que llegue ese momento.

**Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?**

Las más graves son las económicas, las que a partir de malas administraciones no permiten que los pacientes puedan acceder a todos los recursos de salud. Ya sean medicamentos, tratamientos, inclusive que no faciliten de algún modo su proceso de adaptación a la enfermedad, a la hospitalización, porque sin dinero, sin el recurso económico, es imposible, es casi imposible brindarle todo lo que necesita el paciente, porque podemos tener todo el recurso humano, pero sin esa parte que es la económica, es casi como que nos quedamos cortados de mano. Pasa con mucha frecuencia, y hoy lo estamos padeciendo más, porque no tener medicación, no tener acceso a tratamientos tan importantes como por ejemplo los oncológicos, hacen que sintamos impotencia. Sentimos que podríamos hacer más, incluso nos impide poder contratar más especialistas, tener mayor recurso humano aquí para poder atender de mejor manera el paciente.

**¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?**

No, no considero que me exijan algo que sea imposible de lograr, o que yo no posea. Nunca ha habido de manera explícita un requerimiento de esa naturaleza, incluso yo padezco de una discapacidad física, es decir tengo una consecuencia de eso, y sin embargo, jamás he sido limitada en mi trabajo por estar en una institución de salud.

**Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?**

He podido experimentar buenas y malas administraciones, más las malas que las buenas. El que estas malas administraciones pongan énfasis, sobre todo en estos requisitos de producción, de objetivización del paciente, de no considerar esa parte humana de la atención quizás, y que ahora con esto de los cuidados paliativos es como que se está considerando un poco más, quizás se intenta dar, pero aun así todavía no llegamos a esa parte en la que de verdad lo más importante sea el bienestar del paciente, sino lo que

estamos produciendo, lo que estamos haciendo, y cómo se está haciendo como si el quehacer médico o el quehacer profesional estuviera por encima del mismo bienestar del paciente. Entonces, he visto administraciones que sí se han preocupado gracias a las políticas por las que se ha manejado quizás determinado gobiernos, se han manejado de un modo distinto y han traído buenos resultados, y he visto pésimas administraciones donde realmente han dejado mucho que desear. Pero sí, eso influye muchísimo en el accionar del personal, en su quehacer médico.

Más que el gobierno, porque la verdad es que a mí no me gusta mucho hablar de gobiernos, ha sido la administración que ha tenido el hospital donde yo trabajo. Por ejemplo, el hospital ha sido gerenciado por mujeres, y la verdad es que en ese tiempo se daba mucha más importancia al paciente como persona, y también pues he visto gerencia y administraciones hospitalarias que de pronto han pertenecido al mismo gobierno, pero que ha tenido una visión distinta de las cosas, y bueno, lo más importante han sido los presupuestos, lo que se gasta y lo que no, y cómo ellos pueden quedar, o quizás obtener un beneficio de todo eso, y ha quedado de lado lo que sucede en el hospital, y el bienestar de los pacientes. Entonces, más bien yo lo he experimentado a nivel de administración hospitalaria. 14:16

### **¿Cómo era en la época de Rafael Correa?**

Bueno, ahora que lo pienso, en la época de Rafael Correa, era fatal. Fue una época ni digna de recordar siquiera. Él sembró esa división entre el médico y el paciente, el dispuso el... Yo me acuerdo que todos los que trabajaban con él, incluyendo el gerente (SE OMITE NOMBRE), era un poco más que un Dios caminando por el hospital, o sea él era lo máximo que andaba por el hospital y él les decía (a los pacientes) “a ellos usted le está pagando con su impuesto a ellos. Ellos tienen sencillamente que servirle y obedecerle a usted, es decir, buscar siempre su bienestar.” Entonces, en ese tiempo, el paciente -que fue cuando se instauró esto de los 15 min (por paciente)-, nadie sabía cómo atender en ese tiempo. El psicólogo, pónganle que mínimamente necesita media hora, que es mentira igual. Entonces, este gerente del hospital hacía esto al estar respaldado por todo este

sistema político que había, y decía (a los pacientes) “si no los atienden, si no hacen, entonces tienen que venir donde mí porque yo los voy a obligar, porque ustedes tienen todo el derecho. Y me acuerdo tanto que en ese tiempo, ahora ya no sucede mucho, el paciente no tocaba ni siquiera la puerta; entraba. Y era el tiempo en el que yo aprendí a poner seguro a la puerta, y yo me enojaba y decía “¡por qué entra si usted tiene que pedir permiso!” Respondían “¡porque usted me tiene que atender!” O sea, (ellos decían) “yo no tengo por qué solicitarle permiso para que me atienda.” O sea, fue una época bastante dura, pero todo eso por el pensamiento que ese tiempo el gobierno propiciaba, por todas estas cosas. Y sí, tú podías ver que en algunos servicios (del hospital) por ejemplo, hablaban de “¡yo he atendido a 2500 pacientes este año!” Es decir, son 2500, y si alguien más quería trabajar ahí también tenía que atender la misma cantidad. Y muchas veces, la rivalidad se daba por la producción, más que por si atendíamos bien al paciente. O sea, no era quién era el mejor atendiendo, sino quién tenía más pacientes para atender. Y es que si no tuviera una matriz, y no me pusieran metas a cumplir mensualmente, yo no me preocuparía por eso. Pero hay gente para quien eso es primordial, pero porque eso quedó grabado. Correa nos confrontó, o sea, no porque tú estés de ese lado eres más que yo, o sea, estamos iguales y no es que no estemos iguales. O sea, porque a nivel de persona de ser humano somos iguales, pero la cuestión es que nos confrontó en el sentido de “¡Tú me tienes que atender! ¡Tú estás en la obligación porque hay un gobierno que dice que yo aquí soy el importante!” Y denigró a los médicos, los médicos se vieron humillados porque así lo decían. “Hemos sido humillados por esta gente!” Porque como el ego del médico siempre está allá arriba, ¿verdad? Entonces, (quien gerenciaba en esa época), que ni siquiera era médico, anulaba la voz del médico, y ellos se morían (de la indignación). O sea, no dejaba que el médico saliera o explicara en las entrevistas ni nada de eso, entonces eso indignaba a los médicos y lo odiaban realmente. Eso fue un gobierno abusivo, porque yo considero que todos merecemos el mismo respeto, la misma atención, eso no está condicionado por mi nivel económico. Ahí fue que se instauró el GPR, que es la gestión por resultados. Eso es lo que muchas veces yo discuto y me molesta, porque yo no soy buena si he atendido bien un

paciente; soy buena si atendí a cuarenta pacientes como lo dice mi meta. Soy buena, si a pesar de las dificultades y las carencias que tiene el servicio, yo tengo 350 o 280 seguimientos en el mes. Entonces, sí es una dificultad eso de los números. Aquí no estamos compitiendo a nivel de conocimientos, estamos compitiendo a nivel de quién hace más. Las instituciones públicas tienen sus pros y sus contras, pero también considero que estar en una, a pesar de que el aprendizaje es muy bueno y que tienes la oportunidad de aprender muchísimo... Sin embargo, en la institución pública, la falta de reconocimiento, del cuidado que debe de tener también un profesional, hace que uno baje, baje y baje, quizás esa energía, ese deseo, esas ganas que tiene... Porque uno dice “si solo van a premiar al que tiene más números, y no es quién realmente hace su trabajo, entonces, de qué sirve que yo esté así”. La retribución es la del paciente, si es que te llega a decir gracias, pero realmente a nivel de autoridades no. Y eso es frustrante, como es frustrante la falta de recursos económicos.

**Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?**

Sí, claro que sí. Es como que si el paciente del hospital público se le exige que tiene que adaptarse a lo que hay, a lo que se le puede ofrecer, que debe esperar a que los tiempos son otros. A que incluso se lo puede, no todos gracias a Dios, pero sí una gran parte de los profesionales quizás considera que por ser una institución pública, y ser “gratuita”, entonces es como que si eso lo eximiera al paciente de sus derechos de ser bien tratado, de poder darle todo lo necesario, de invertir el tiempo y el esfuerzo de todos nuestros conocimientos; cosa que no ocurre en una entidad privada, porque en una entidad privada, lo primordial, lo primero es el paciente, y hay que tratarlo bien, hay que tratarlo bonito para que no se vaya. Entonces, aquí la preocupación va por otro lado, porque si se va quedo mal yo, pero no es que realmente me esté importando mucho si eso le perjudica o no le perjudica al paciente, sino cómo eso me perjudica a mí. Entonces, hay énfasis en esa situación de gratuidad supuesta que influye muchísimo en la atención que se brinda, cuando se tiene presente eso, porque ocurre de parte y parte.

También el paciente público no es lo mismo que el paciente privado. El paciente público está el que se somete, el que acepta, el que dice “bueno sí, lo que pasa es que como esto es gratis” también se cree eso; entonces, “tengo que aguantar”. Así mismo está el que exige, porque cree en cambio cree que él le está pagando con sus impuestos al profesional, y entonces se sube a esa tarima y dice “ah ya, como yo te pago con mis impuestos y todos te pagamos, entonces tú estás trabajando gracias a nosotros”. Entonces, hay una tensión en eso, que no ocurre en el paciente privado, porque este tiene la seguridad y la convicción de que puede exigir porque está pagando. Y el médico o el profesional de la salud en una institución privada, quizás siente que su obligación es atenderlo bien. En cambio acá el pensamiento es otro.

**Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?**

Sí, sí, lo que se puede aprender en un hospital público por la diversidad de casos que se presenta es increíble. No hay un mejor lugar para aprender que el hospital público, porque se puede ver absolutamente de todo, porque la población que tiene el hospital público es mucho más amplia, y tenemos una mayor cobertura, y debido también a las condiciones en las que viven las personas, a las diferentes problemáticas que tienen. Todo eso hace que puedan presentarse casos, que quizás en lo privado sería muy difícil de ver. Por eso dicen que no hay mejor instrucción que aquella que podemos tener en un hospital público. Eso nos prepara para cualquier otro campo de acción laboral.

**¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?**

Bueno, en lo referente a lo económico, sí, porque si hay una carencia económica obviamente eso va a condicionar la manera cómo va a vivir. Por ejemplo, el tratamiento, cómo va a acceder a él, por más que la mayor parte de su tratamiento no le cueste; sin embargo, siempre cuesta estar en el hospital. Hay que comer, hay que comprar más cosas que faltan, o sea no

es fácil. Por eso digo que la “gratuidad” es entre comillas, porque no es todo gratis, igual hay que invertir, no es sencillo.

Y también quizás la condición social, el nivel de instrucción (educación) que posee la mayoría de las personas con una condición socioeconómica más baja, les dificulta, y eso sí ha sido casi siempre un problema, el que puedan comprender todo lo referente a la enfermedad y al tratamiento. Se ponen en juego otras cosas como las creencias para poder enfrentar la situación; pero en muchos casos, en un alto porcentaje quizás, una de las mayores dificultades es la capacidad de comprensión que tienen acerca de lo que realmente está pasando. Y el acceso que puedan tener o no a la (comprensión de la) salud, es decir “esto es lo que voy a hacer”. Tenemos muchos pacientes, muchas personas que vienen de otras ciudades, y el solo hecho de trasladarse ya les representa a ellos un gran gasto y un sacrificio, porque tienen que dejar familia, tienen que dejar muchas cosas, y muchas veces no tienen ni siquiera para eso.

### **¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?**

Todos, excepto aquellos que no sean parte del equipo médico de salud. A pesar de que yo no soy médico, soy psicóloga, si necesito ver lo que le pasa o si tiene un tumor en alguna parte de su cuerpo, sencillamente puedo verlo. Lo hace la enfermera, lo hace el médico, lo hace el terapeuta, o sea, todos los que estamos involucrados en el equipo interdisciplinario. El estudiante, el interno, la posgradista, o sea, todos realmente tenemos esa posibilidad de acceder al cuerpo para poder mirarlo y observarlo, porque se supone que a partir de ahí también aprendemos, ¿no?

### **¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Más allá de las reglas que son de carácter higiénicas como las que tenemos, que tenemos que lavarnos las manos, desinfectarnos; si lo hemos tocado pues también al alejarnos hacer lo mismo para no tocar a otro paciente y no contaminarlo. También el hecho mismo de... Quizás no lo hacemos siempre, o no todos lo hacen, pero en general siempre se solicita el

consentimiento por parte del cuidador, o sea “mamá, mira, voy a hacer esto y esto en este momento. ¿Te molesta que yo haga esto o lo permites?” O al niño mismo, porque si él está en la capacidad de hacerlo o es un niño grandecito, obviamente siempre estamos solicitando y diciéndole “a ver, me voy a acercar y voy a mirar, voy a tocarte aquí para ver qué es lo que está pasando”. Quizás a algunos se les pasa por alto hacer eso, pero es la norma realmente de lo que se debería hacer.

**¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Sí, obvio, hay un protocolo para las víctimas de violencia, sobre todo, de violencia sexual. No estoy muy inmersa en eso, porque no es mi especialidad, o sea, no son los pacientes que a diario trato; pero tengo conocimiento de que sí, que hay un protocolo que se debe respetar, sobre todo, por la vulnerabilidad de estos pacientes.

**¿Qué considera usted que es un cuerpo?**

¿Un cuerpo, desde mi concepción? ¿Para mí el cuerpo de alguien? Es como un templo sagrado, no tengo derecho a acceder a él sin el consentimiento de la persona. El cuerpo es aquello que uno cuida o que debe cuidar en otro también. El cuerpo también me permite a mí expresar, se expresa todo el malestar a través del cuerpo, como también se expresa el bienestar. El cuerpo lo dice absolutamente todo. Entonces, por eso lo considero como un templo, es algo que debe cuidarse y debe respetarse en suma medida. Nunca me habían preguntado qué es un cuerpo.

Es que cuando lo preguntaste, me acordé de una ocasión en la que yo estaba observando cómo la enfermera hacía este proceso de envolver el cuerpo, el cadáver de un niño. Entonces, ella no se había dado cuenta de que yo la estaba observando, pero ella lo lavó, lo aseó, lo desconectó de todas las cosas (aparatos médicos), lo envolvió con tanto respeto, con tanta ternura, como si el niño estuviera vivo. Y la verdad lo recuerdo ahora y me conmueve, porque yo la estaba observando, y observaba cómo ella lo tocaba con tanto respeto, con tanta bondad, con tanto cariño que yo digo:



eso es así, así es como uno tiene que ser. No tiene que ver con si estamos vivos o estamos muertos, es algo sagrado. Y luego cuando ya lo cerró (al niño), le puso su etiqueta (con el nombre), lo llevó hacia su madre para poder entregarlo. Entonces, me hiciste esa pregunta y me acordé de ese justo momento. Por eso, mi momento de que es algo que se respeta, algo que se debe de cuidar.

### **¿Le gustaría agregar algo más?**

Quizás el hecho de que todavía, como sociedad o como servidores públicos, como personas que tenemos que estar inmersas en todos este ámbito de salud tan importante, en donde hay personas que confían tanto en el médico, en el profesional, sea cual sea que esté allí en la institución, deberíamos ser más conscientes del privilegio que tenemos, del bienestar que podemos nosotros generar o dar a aquellos que recurren a nosotros. Creo que lamentablemente, siempre pienso “algún día llegará una administración”, y me sigo refiriendo no a gobiernos, sino que algún día podré ver una administración (a nivel del hospital) que se preocupe por este hospital, que realmente se preocupe por los niños, que realmente ponga en primer lugar eso, y que se logre realmente humanizar la atención.

Porque eso es lo más importante, que lleguemos a un punto en el que la humanización de la atención sea lo primordial; que no estamos tratando solamente cuerpos así y listo, ya, “hay que darle una medicina o hay que cortarlo”, no. Sino que podamos tratarlos como lo que son: personas que sienten, que padecen, y cuyo sufrimiento también está en nuestra manos, y que nosotros podemos aliviarlo y ayudarlo. Entonces siempre pienso, por ejemplo, ahora que estamos en una situación medio tensa (en el hospital), yo siempre pienso “va a llegar, algún momento va a llegar una administración justa, la que de verdad haga algo por esto”. Y que todos podamos recuperar esas energías, esas ganas de querer hacer y hacerlo bien.

## **Anexo 6: Entrevista a Trabajadora Social**

### **Coméntenos sobre su labor profesional dentro del Hospital.**

Ok, bueno. Mi labor comienza directamente con la familia, no. Directamente con la familia al conocer, pues la parte socioeconómica de la misma y mediante la entrevista que se realiza inicialmente se pueden llegar a identificar otros problemas y de acuerdo al problema encontrado das intervención eh como sabrás pues dentro de nuestro accionar trabajamos con niños que están siendo vulnerados o maltratados y de acuerdo pues a la situación que se encuentre va a ser la intervención, sea de orientación, sea también este derivando alguna otra institución de ayuda como por ejemplo pues también nosotros nos apoyamos con las diferentes instituciones como fiscalía o junta cantonal o incluso pues ONG de acuerdo al caso.

### **¿Qué define usted como enfermedad?**

Bueno la enfermedad es la ausencia de la salud. Creo que ese es el concepto más claro y más corto que conozco no. Lastimosamente pues es la falta de bienestar, la falta de salud que impide que tú puedas realizar las actividades diarias. Pues eso ya es una enfermedad.

### **¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?**

Bueno sí, por supuesto. Porque lastimosamente este tipo de eventos muy fuertes para un ser humano pues pueden causar a corto o a largo plazo enfermedades somáticas no. Hay enfermedades que se van a poder pues evidenciar con el tiempo o unas a corto plazo. Sobre todo pues enfermedades de tipo emocional, enfermedades mentales en algunos casos lastimosamente tenemos niñas que han ingresado después de haber sido violentadas sexualmente han tenido múltiples ingresos incluso, porque tienen intentos autolíticos, han desarrollado enfermedades mentales como por ejemplo, este crisis paranoides y bueno entonces son un sinnúmero de problemas a nivel de salud que se pueden desarrollar después de un evento de este tipo.

**¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?**

Bueno. Para definir que un paciente está curado, eh como te decía cuando uno hace la investigación ya desde la primera entrevista tú vas conociendo la familia y te das cuenta que algunas de las enfermedades que tiene el paciente no son directamente, eh cómo te puedo decir? La eh, problemas por ejemplo de enfermedades como el cáncer o enfermedades, qué se yo, diabetes, sino que son enfermedades más bien que son debido al entorno como por la malnutrición y esto pues va a mejorar mediante la alimentación ¿no? Y estas enfermedades pues obviamente van a mejorar y van a hacer que el niño acuda menos a hospitalizaciones porque tengo niños con mala nutrición que han tenido tres, cuatro hospitalizaciones y tú te das cuenta que el problema no es una enfermedad de base sino que es una enfermedad pues más bien un poco... que se puede prevenir no. Alimentando mejor al paciente, dándole los medicamentos que corresponden pues y ahí es donde interviene mucho más el trabajo social pues indicándole a la familia que si no cuida mejor al menor pues el niño lastimosamente tendrá que ser retirado del entorno familiar y entregado o a una familia empleada o en el último de los casos a una casa hogar.

**¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?**

Por supuesto. Creo que todo eso va de la mano. La enfermedad eh tanto física como mental hay que revisarla, hay que tener seguimiento y tenemos dos pacientes que tienen problemas de bulimia, anorexia, entonces los pacientes que han sido, como te decía violentados sexualmente todos necesitan ellos el seguimiento no solo del médico sino también de psicología de trabajo social del equipo multidisciplinario para poder a futuro darle de alta y saber que el paciente está bien pero está bien de manera integral, no solo en la parte de salud. Lastimosamente, la mayoría piensa que lo más importante es la salud física, y dejan o desentienden un poco la parte de la salud mental que es algo muy importante, si ese paciente no está bien

mentalmente, no podrá tener resultados a nivel físico, porque no va a entender la importancia de la alimentación, el apoyo familiar que es muy importante para que este paciente pueda seguir su tratamiento y esto pues, es la parte mental no, la parte... bueno, creo que esto es un todo, un todo que el paciente necesita para salir adelante y curarse.

**¿Usted decía desentienden esto, se refiere al personal médico? O sea ¿A las personas que laboran ahí?**

Si, lastimosamente no todos los médicos piensan o sientes que la salud mental es muy importante, sí. A diario se atienden en el hospital, pues pacientes de todo tipo y a veces piensan que la madre, cuando está muy desesperada, es porque es una madre histérica, es una madre, que se yo, problemática y no es así. Porque tenemos que también entender, que esta madre viene con mucha desesperación, con mucha preocupación y eso también le va a transmitir al niño no. Entonces hay que trabajar también de manera multidisciplinaria no solamente con el paciente sino con la familia, entender que esto es un todo y que no se puede solamente trabajar con la parte de salud física.

**¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)**

Bueno, el deber ser, no. Lo que se debería es de ofuscar el bienestar del paciente y también de sus familias. Como te decía, lastimosamente no en todos los casos se toma en cuenta esta parte, el bienestar del paciente, que es lo más importante. Tratar que este paciente sus últimos días pase con la menor cantidad de dolor, pase lo más tranquilo posible y dentro del entorno familiar. Que ese paciente tenga la menor cantidad de hospitalizaciones posibles, sino que comparta sus últimos días, dentro del calor de su hogar. Pues dentro del trabajo social, también hacemos el seguimiento, como tú sabrás el equipo de trabajos paliativos, es el encargado de hacer las visitas domiciliarias, encargarnos de que dentro de los recursos que se le puede dar como ministerio de salud pública, pues no le falte nada lo que es dotación de los insumos para que este paciente tenga todo el confort posible dentro de la parte de trabajo social, si tiene registro social para que pueda recibir el bono

Joaquin Gallegos Lara y ayude en algo a solventar los gastos que demanda los últimos días del paciente.

**Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?**

Bueno, aunque tenemos un personal muy calificado, la mayoría del personal es bueno. Tenemos ciertas limitaciones, en cuanto a insumos que no nos permite cumplir con todos los requerimientos del paciente. Para nadie es un secreto que lastimosamente el ministerio de salud pública no puede proveer de todos los insumos. Por ejemplo, si el paciente necesita una bomba de infusión de morfina, el algún momento tenemos en otros momentos no tenemos, el familiar se ve en la obligatoriedad de comprar ciertas cosas, pues para poder tener al paciente en las mejores condiciones posibles. Entonces, puede ser que en el área de cuidados paliativos nos falta un médico que debería estar pendiente de todo lo que es la terapia del dolor, tenemos la responsable que hace las veces y hace de todo, sin embargo, necesitamos de un equipo un poco más fortalecido para brindad una mejor atención.

**¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?**

No es como que nos exigen, pero es más bien lo que uno quiere dar como servidor público. Tratar de dar el cien por ciento y lo que no tenemos, suplirlo mediante las organizaciones de ayuda o mediante los voluntarios que tu pudiste notar más o menos como es la dinámica no, dentro del hospital que lo que no tenemos pues lo conseguimos mediante autogestión o voluntariado, que gracias a dios siempre tenemos personas prestas a ayudarnos para lograr los objetivos.

**Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?**

O sea, cambio a nivel de políticas públicas no ha habido mayoritariamente o que haya marcado la diferencia. Hemos estado trabajando con las mismas directrices que desde el inicio, no. Tratar de dar la atención al paciente al cien por ciento, y con los recursos que tenemos disponibles. Tenemos en ciertas épocas del año, que hay déficit de medicamento, pero así mismo tenemos las otras épocas que nos llegan los medicamentos y podemos suplir casi al cien por ciento la necesidad del paciente. Entonces nos hemos seguido manejando desde el inicio de la misma manera no, tratando de brindarle la atención al paciente dentro de lo que está dentro de nuestros recursos no y también dentro de lo que está en el cuadro básico de medicamentos que no están todos los medicamentos lastimosamente, pero es con lo que podemos ayudar al paciente a poder sobrellevar la enfermedad.

**Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?**

Si, por supuesto. La diferencia está creo yo, en los tiempos de atención. Los tiempos de atención son mucho más prolongados en la parte pública, debido a la gran demanda de pacientes, no. El sector público atiende una cantidad muy grande de pacientes porque somos un hospital de referencia nacional, en el cual atendemos pacientes de todas las provincias del Ecuador, de todas las patologías, entonces la gran demanda hace que los tiempos en el sector público se alarguen. En cambio, en el sector privado obviamente va a haber la prioridad que el que está pagando en ese momento sea atendido a menor tiempo, tal vez con más prioridad. No es que no le queremos dar prioridad acá al hospital, pero lastimosamente la gran cantidad de pacientes hace que sea un poco más demoradas las atenciones.

**Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?**

Bueno, yo creo que tanto en la parte privada o en la parte pública se reciben los mismos casos. No con la misma situación socioeconómica, obviamente no, la situación socioeconómica sería la que cambia. A lo mejor en la parte privada no se van a encontrar con temas de desnutrición en cambio en la parte pública es una situación que vemos muy seguido debido a las condiciones económicas. También podría darse el caso de que tenga un poco de menos problemas en la parte de manejo de los pacientes o de la forma de ser de los pacientes, porque menor grado académico tengan los familiares, son un poco más difíciles de llevar, porque hasta para explicarles el tratamiento que va a necesitar el menor y la necesidad, a veces no van a entender la importancia porque tienen bajo nivel de escolaridad, entonces ahí interviene psicología como trabajo social, siendo un poco el puente de comunicación entre el médico y el familiar para hacerles entender con términos más fáciles todo lo que va a necesitar el menor y por qué es tan importante el tratamiento que va a recibir. Entonces sí, son esas diferencias que te vas a topa si, en la parte pública y en la parte privada.

**¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?**

Si, por supuesto. Lastimosamente tiene mucho que ver la parte económica con el cumplimiento del tratamiento. Porque puede ser que no tengas, como familiar que comprar nada, que no tengas que pagar por una hospitalización, que no tengas que pagar por un profesional. Sin embargo, el hecho que los padres del niño no tengan trabajo, y pasa, pasa muy seguido, que no tengan un ingreso fijo, llega un momento que no tienen ni como movilizar al paciente porque son pacientes que viven a las afueras de la ciudad, que en algunos casos están recibiendo quimioterapia activa y no es un paciente que lo puedes cargar en un transporte público, tienes que movilizarlo en un taxi. Y, debido a la distancia en la que viven pues van a necesitar diez dólares o más para pagar un transporte que no lo tienen en ese momento y eso hace

que el paciente falle en el tratamiento y lastimosamente pasa. Como te dije tenemos pacientes que son de fuera de la provincia pues que, aún más les cuesta por motivos de costos, traer al paciente hasta acá que incluso por eso se trata de ayudar que reciban algún tipo de ayuda estatal para que puedan en algo solventar estos costos. Si bien es cierto, no tienen que pagar un tratamiento como tal, pero la movilización, el hecho de la hospitalización, demanda ciertos gastos ya que el familiar que acompaña al paciente se va a tener que alimentar, va a tener que suplir pues algunas necesidades básicas, alimentación, aseo, que se yo, todo eso demanda gastos y todo eso demanda gastos. Entonces todo eso interrumpe en el tratamiento o hace que no puedan cumplir al cien por ciento el tratamiento.

**¿Usted cree en la parte publica se dan más casos de violencia, ya sea física o sexual que en la parte privada? O, ¿Los números pueden mantenerse iguales?**

La verdad que en esa parte no te podría indicar porque no, bueno yo trabaje en la parte privada y no identifique problemas tantos de violencia y también acá en la parte pública, es más evidente por la gran masa de cantidad de pacientes que esta atiende. Yo te diría en la parte publica, porque es la mayor cantidad de casos que se atienden es la publica pero números reales no podría indicarte.

**¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?**

Dependiendo del caso, si es un paciente que será intervenido quirúrgicamente, obviamente el médico cirujano y el personal que lo atenderá en el quirófano. Pero normalmente no se puede manipular el cuerpo del paciente no, lo que es la enfermera solo puede manipular las vías de acceso venoso. El medico solamente se limita a revisar el paciente lo que es el pecho, la espalda y siempre va a ser en presencia de un familiar, no debería ser diferente. Siempre un familiar debe acompañar al paciente, solamente en el caso de intervención de psicología creo que piden en determinados momentos que el familiar salga del consultorio, pero el deber ser es que siempre este un familiar acompañando al paciente cuando un niño va a ser revisado.



**¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Por supuesto que hay protocolos que se establece que primero como te indique, el paciente no puede estar en una habitación con un médico, tiene que estar un familiar presente. El hecho que un médico va a revisar las partes íntimas de un paciente es porque son casos muy puntuales. Por ejemplo, en el caso de una agresión sexual, debes tener la orden de una fiscalía para poderlo hacer dentro de un hospital y de lo contrario sino tienes una orden de fiscalía, la única persona que puede revisar a ese paciente es el medico perito de la misma fiscalía. Entonces, son cosas bastante delicadas que hay que manejarse dentro de los parámetros, no puedes revisar a un paciente sino tienes la orden de un fiscal, en el caso de las partes íntimas de un paciente.

**¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Si por supuesto, no se lo puede manipular sin la orden de un fiscal

**¿Qué considera usted que es un cuerpo?**

El cuerpo es el todo. Tu cuerpo es el tempo, es la parte más importante, es algo que tienes cuidarlo, valorarlo y amarlo. Tratar de mantenerlo saludable, alimentarlo bien y no solo alimentarlo de alimento como tal, sino también de cosas bonitas, de sentimientos bonitos ya que a la larga los sentimientos o los malos sentimientos hacen que tu cuerpo se enferme.

## **Anexo 7: Entrevista a Médico Pediatra-Intensivista**

### **Coméntenos sobre su labor profesional dentro del Hospital.**

Bueno, mi especialidad es Intensivista-Pediatra. Yo laboro en el Área de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital (se omite el nombre), y pues mi función es la atención de niños gravemente enfermos. Ese es mi trabajo.

### **¿Qué define usted como enfermedad?**

Bueno, específicamente en mi especialidad consiste en disminuir el malestar desde el mundo de vista patológico, que pueda presentar cualquier paciente pediátrico. Entonces, la definición de enfermedad es una alteración de cualquiera de los órganos o sistemas o la economía del ser humano, que pueda provocar algún trastorno dentro de su cuerpo, y presentarse como cualquier tipo de enfermedad. Obviamente, en mi caso la atención es de pacientes gravemente enfermos, entonces esto va a derivar en diferentes patologías.

### **¿Cómo consideraría usted la condición de enfermedad en casos de personas víctimas de violencia física o sexual?**

Cuando hablamos de secuelas secundarias a un hecho de violencia hablamos de patologías desde el punto de vista psíquico o psicológico, y sí, definitivamente va a tener consecuencias, dependiendo de cada ser humano, de cada grupo etario, y del manejo del impacto de una agresión, vamos a tener diferentes presentaciones. Si va a haber secuelas de mucha importancia, que pueden tener diferentes presentaciones como una patología psíquica, que va a tener la necesidad de una valoración que amerite tratamiento medicamentoso, o también la atención de un departamento de psicología o psicólogas en conjunto, que nos pueda ayudar desde la parte psicológico como tal. Su psiquis, mas no específicamente un tratamiento medicamentoso, que vendría a necesitar de un psiquiatra, y todas dos lo puede necesitar un paciente pediátrico, incluso adulto, que haya sufrido un hecho de violencia.

**¿Qué parámetros tiene en cuenta para definir que un paciente está curado?**

Parámetros para definición como tal... pienso yo que el manejo de este tipo de casos es multidisciplinario. Por lo tanto, siempre se considera la valoración de las especialidades que ha necesitado el paciente, porque yo recibo el paciente probablemente con el antecedente o el hecho en ese momento en forma aguda, y de acuerdo a las valoraciones de diferentes especialistas llegamos a un consenso, en donde ellas referirán si podemos ya decir que este paciente necesita un seguimiento más cercano o más lejano, y hemos superado probablemente traumas o consecuencias de cualquier tipo de agresión. Esto puede ser a mediano o a largo plazo, dependiendo de cada uno de los casos. Pero (yo) sola decir que le vamos a dar de alta a un paciente, porque percibo que se ha recuperado, no. Tiene que ser un manejo multidisciplinario con el apoyo de todo el equipo.

El equipo de atención de violencia está compuesto por más de una persona, dependiendo de las necesidades de cada caso. Si es un hecho de violencia sexual, puede ser desde el ginecólogo para que supere algún tipo de lesiones, si es infecciosa pues entonces también el infectólogo, aparte el psicólogo, el psiquiatra si es que fuese necesario porque tuviera alguna otra consecuencia. Entonces, todo va a depender de todo el equipo, y es muy probable que sea a largo plazo, no a corto plazo. Y en los casos que no están relacionados con violencia, el manejo es totalmente multidisciplinario, no puede ser de un solo médico, o un solo profesional, o de una sola especialidad.

**¿Dentro del proceso de la enfermedad, considera usted necesario tomar en cuenta la dimensión psíquica para determinar si un paciente está completamente curado?**

Claro que sí, sí, cualquier patología que fuese que tenga relación o no con violencia, o patología igual a la enfermedad, afectación de cualquier órgano o sistemas desde el punto de vista psíquico es el que nos va a permitir progresar, detenernos, o en algún momento no poder progresar con el

tratamiento, eso es definitivo, por eso es que el apoyo siempre debe de existir.

**¿Cuáles son los objetivos médicos una vez que se declara al paciente como “fuera de recursos terapéuticos”? (Imposible de curar)**

Los objetivos médicos es darle una calidad de vida, los objetivos siempre serán mejorar la calidad de vida, el tiempo no lo sabemos, pero la calidad tenemos que brindársela. Y eso pues, depende de todas las necesidades de ese ser humano. Y pues, definitivamente el manejo será bastante multidisciplinario dependiendo de todo lo que necesite.

**Desde su experiencia, ¿existe alguna limitación en los hospitales públicos en temas de salubridad? De ser así, ¿cuáles serían estas limitaciones?**

Las limitaciones son los espacios físicos de determinados para este tipo de casos. En el caso de pacientes críticamente enfermos, la capacidad resolutive de número de camas nos quedamos bastante cortos, debido a la incidencia y la problemática de que en el caso del Hospital (se omite nombre) somos de referencia. Al ser referencia nacional, tenemos la capacidad resolutive de atención de Tercer Nivel. En virtud de aquello recibimos de todas las provincias, así que nuestra capacidad no nos abastece. Entonces una de las cosas que tenemos de inconvenientes en relación específicamente en pediatría porque no hay muchos hospitales pediátricos, entonces el espacio físico es el que nos hace falta, y si nos hace falta el espacio físico, pues nos hace falta mucho. Porque al no tenerlo no podemos brindar calidad de atención en número necesario. Ese es uno de los principales.

La otra es las especialidades y subespecialidades que necesitamos en el campo. Hay muchos pediatras, pero no nos abastecemos con la población pediátrica que existe a nivel nacional. Ahora si lo tomamos en referencia solo a esta ciudad lo mismo. Esto hace que no podamos tener una buena atención de este grupo etario, que es pediátrico, que corresponde de los 28 días hasta los 14 años 11 meses 29 días, porque de ahí viene esta etapa

donde el adolescente está como borderline que no sabe para dónde ir si para el hospital del niño o el hospital de adultos. Entonces no nos abastecemos, y tenemos déficit de especialistas y subespecialistas, de diferentes causas o patologías que podríamos necesitar, y si lo vamos a ver del punto de vista del paciente que necesita cuidados paliativos, pues no tenemos un abordaje de cuidados paliativos a nivel nacional, sino solo son pocas entidades, y esta área no tiene un espacio físico que le permita dar el apoyo de cuidados paliativos a los pacientes que lo ameriten.

**¿Considera usted que el Sistema de Salud le exige cumplir con requisitos de salubridad y bienestar imposibles de alcanzar en los hospitales públicos? De ser así, ¿cuáles serían estos requisitos?**

Bueno, referente a la salubridad específicamente hablamos de servicios básicos y todo este tipo de atención, pero la demanda es mayor a las posibilidades. Tenemos tanta demanda que evidentemente no nos va a abastecer el espacio y bueno los servicios básicos esos existen. Sin embargo, insisto es el espacio físico el que nos hace mucha falta.

**Desde que comenzó su trabajo en hospitales, ¿ha notado algún cambio importante en términos de políticas públicas, que haya impactado significativamente en la labor del personal médico?**

Sí, voy a cumplir dieciocho años en el hospital. En el hospital nací, crecí y me reproduje, textual. Entonces realmente he crecido dentro de esta institución, y me ha permitido ver el cambio no solo generacional, sino el cambio desde el punto de vista de la infraestructura del hospital, entonces si hablamos de que yo ingreso en el 2005 y estamos actualmente en el 2022, el cambio de la estructura del hospital ha sido muy importante, por lo tanto el espacio físico ha aumentado. Sin embargo, no abastece la demanda de atención. Las políticas que tenemos existen escritas, con el objetivo de brindar calidad, calidez de atención a todos los pacientes, incluso con también las prioridades que le damos a los pacientes con discapacidad, que no la teníamos antes, de modo que hemos progresado en la humanización de la salud. Porque definitivamente usted antes no veía que los pacientes con discapacidad acudieran a la atención, solo que estuvieran

extremadamente enfermos. Actualmente, en virtud de las políticas y las necesidades de percibir la ayuda gubernamental hace que ellos tengan la obligación de asistir a consultas, la obligación de asistir a sus terapias, y las posibilidades de alcance de salud, lo que no les permitía antiguamente porque no existía este tipo de políticas. Entonces pienso pues que sí, que en relación a la atención y humanización de pacientes con discapacidad o necesidades especiales, que en realidad debería de ser ese el concepto, hemos mejorado y avanzado un peldaño más. Claro que no nos abastecemos, porque probablemente la visualización de las estadísticas en esta relación no eran las reales, porque no había la posibilidad de atención. Usted ahora puede visualizar hasta en la calle la presencia de más personas que tengan algún tipo de patología relacionadas con una capacidad especial. Sin embargo, antes no las veías ni en las calles, trataban de tenerlos dentro de los domicilios, no acudían peor aún a atención a salud, ni educación. Entonces, la inclusión nos ha ayudado a poder avanzar y progresar desde ese punto. Antes pues yo no podía verlo de esa manera.

## **CONDICIÓN SOCIAL**

**Desde su experiencia, ¿ha encontrado alguna diferencia en el modo de cursar una enfermedad entre los pacientes de hospitales públicos y aquellos de hospitales privados?**

Sí, pero esto es, puede haber diferencias y los casos pueden presentarse en ambos lugares. Las enfermedades se presentan en todas las clases sociales, pero el entorno es el que va a cambiar en la evolución de la enfermedad. El entorno familiar es un apoyo importantísimo en la mejoría de un paciente. Ahora, si hablamos en la atención en referencia a las necesidades, por ejemplo: medicación, antibióticoterapia, evidentemente el paciente que está en una clínica privada tendrá probablemente la solución más rápida por su recurso económico, el acudir más rápido a una clínica, etc., a cualquier entidad hospitalaria particular. Y el que va a la entidad pública, es probable que vaya cuando la situación es un poco más compleja, porque justamente su recurso económico no le permitió ni siquiera acudir a tiempo. O la parte de la educación que es de vital importancia, que hace

evidentemente que el que tiene más posibilidades tenga un mejor criterio de pensamientos en decir esto es una emergencia o no. O debo de acudir a atención médica para prevenir cualquier situación más grave. Entonces, en esto cambiaría, y la base es definitivamente la parte educacional, pero usted también podrá encontrar madres muy preocupadas de bajos recursos que van del hospital de cualquier manera, así sea a pie y atienden a sus hijos. Entonces, es una cuestión de educación y de valores a nivel familiar. Entonces, es bastante relativo porque podemos encontrar pacientes de recursos económicos muy buenos que, sin embargo, no lo hacen.

**Bajo su criterio, ¿existe una diferencia en los tipos de casos que se encuentran en los hospitales públicos, en comparación con hospitales privados?**

Bueno sí, más que todo es el tiempo de atención. Pero definitivamente también tenemos niños muy graves en las entidades particulares y no tiene relación con un descuido o mucho menos, sino dependiendo de las circunstancias. Así que si las personas que atienden en los centros particulares son los mismos que atienden en los centros gubernamentales, entonces definitivamente la atención será la misma. Pero lo que cambia es el paciente. Entonces, no creería yo que va a tener una intervención en esa diferencia. Los casos de violencia están más presentes en los hospitales públicos, porque en los hospitales públicos van a desbarros. Todos los hospitales de atención los derivan a los hospitales públicos. En la parte privada, difícilmente va a ser derivado como tal, o sea no lo van a atender, lo derivan al hospital público debido a que podría tener la connotación legal. Entonces el Ministerio de Salud Pública tiene un convenio con la fiscalía general del Estado donde ellos, cuando se acercan a realizar la denuncia a la fiscalía, la fiscalía los envía a un hospital público para que pueda recibir la atención en relación a (se omite), por ejemplo la Unidad de Atención Integral que es la que se encarga de descartar o de darle tratamiento en caso de que hubiera una infección de transmisión sexual, donde está el ginecólogo, donde está todo el equipo, si es que no lo podría probablemente... no es porque no exista en la parte privada todo el equipo, existen las mismas personas, pero no está concentrado en un solo lugar, y como existe un

convenio, la fiscalía lo que hace es enviar a un centro de atención pública, a todos los hospitales públicos.

**¿Existe alguna dificultad en particular en el caso de pacientes de escasos recursos al momento de llevar a cabo un tratamiento médico?**

Tenemos dificultades más que todo cuando la dificultad es más que todo que el paciente acuda a la atención, y pues siendo de una política de estado, ciertas dificultades en medicaciones que están fuera del cuadro básico. Sin embargo, la adquisición de las mismas, dependiendo de las necesidades se las tiene que dar. La cuestión es más en tiempos que en dificultad de adquisición de medicamentos. Es el tiempo que nos vamos a demorar en esa adquisición si está fuera del cuadro básico.

**¿Quiénes tienen acceso a mirar y/o manipular el cuerpo del paciente?**

Cuando hablamos específicamente de pacientes que han tenido algún tipo de violencia, se evita la revictimización en todos los sentidos, entonces el objetivo es evitarla. El paciente llega, puede venir en su etapa aguda o por algún tipo de crisis secuelear secundaria al hecho, lo que tratamos es de evitar la revictimización. Por lo tanto, la manipulación o el examen físico que se realice al paciente deberá ser si él lo permite o no. Con el momento de contención necesaria que ese caso amerite, y la valoración va a ser estrictamente médica, porque en el hospital no tenemos un médico legista que vaya a dar un diagnóstico desde el punto de vista legal, porque lo que nosotros hacemos es la atención pediátrica cien por ciento, donde va el examen físico del paciente, y pues dependiendo de sus necesidades, si este paciente lo permite o no, y si no tiene riesgo vital, entonces no se realice el examen del área que le provoque mayor malestar. Entonces violación sexual será pues el área genital si no lo llega a hacer permitir, sin embargo, se trabaja con el personal de psicología para que en el momento en que el médico legista venga a realizar la valoración es imposible no hacerla, entonces se lo prepara al menor para que pueda realizarse este tipo de examen que es necesario para culminar su proceso legal. De ahí pues, el médico o el pediátrico que recibe al paciente y que va a realizar lo que el paciente necesite.



**¿Existe algún protocolo o reglas a seguir al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

Se dan los protocolos de atención de acuerdo a la valoración y triaje. El área de triaje del hospital se va a catalogar las necesidades de atención y esto tiene relación con tiempos. Si el paciente llega en condiciones clínicas muy graves, pasará al área donde están los niños graves, que en este caso se llama área de choque. Si el paciente amerita ingreso hospitalario, pasará al área donde se ingresan los pacientes que se llama cuarto clínico. Si el paciente va a necesitar una atención de tipo ambulatoria pero necesita la atención va a pasar a las áreas de consultorio donde se realiza la valoración y pues tendrá un tratamiento ambulatorio.

**¿En casos de violencia física o sexual, existe algún protocolo o reglas al momento de manipular el cuerpo de un paciente?**

El ministerio de salud pública tiene en la normativa de atención, casos de violencia y las violaciones de los derechos humanos, y de acuerdo al grupo etario de atención nosotros tenemos un protocolo interno, que es el que se maneja cuando se recibe un paciente relacionado con violencia.

**¿Qué considera usted que es un cuerpo?**

¿Qué considero yo que es un cuerpo? Bueno, el cuerpo tiene, si lo hablamos desde el punto de vista del ser humano, tiene órganos, sistemas, pensamientos, sentimientos, que nos permiten tener una funcionalidad de la economía, y a su vez, nos permite nacer, crecer y reproducirnos, y así pues culminar pues, con todo lo que se denomina vida.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Josse Sion Karen Verónica**, con C.C: # 0930769351 autora del trabajo de titulación: **La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad**, previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **14 de febrero del 2022**

f. \_\_\_\_\_



Nombre: **Karen Verónica Josse Sion**  
C.C: 0930769351

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	La enfermedad en el cuerpo-objeto de la pobreza: sobre la invisibilización del sufrimiento subjetivo a partir del discurso médico-científico de la posmodernidad.		
<b>AUTOR(ES)</b>	<b>Karen Verónica Josse Sion</b>		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	<b>David Aguirre Panta</b>		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	<b>Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación</b>		
<b>CARRERA:</b>	<b>Psicología Clínica</b>		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	<b>Licenciada en Psicología Clínica</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>14 de Febrero del 2022</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	189
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	<b>Psicoanálisis, Filosofía, Psicología</b>		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Cuerpo, Enfermedad, Pobreza, Ciencia, Medicina, Posmodernidad, Violencia, Biopolítica.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El presente trabajo tiene como objetivo analizar la manera en la que el discurso médico-científico de la posmodernidad invisibiliza el sufrimiento subjetivo provocado por la enfermedad y los efectos que esto tiene en el cuerpo del sujeto que vive en la pobreza. Para ello se utiliza una extensa revisión bibliográfica desde la teoría psicoanalítica, así como desde la filosofía y, en menor medida, las ciencias sociales. Posteriormente, se procede a realizar una serie de cinco entrevistas al personal médico y a madre de pacientes de un hospital público de la ciudad para contextualizar el tema y, posteriormente, se procede a un análisis clínico que permite mostrar a cabalidad la problemática. Como resultado se concluye que el cuerpo del sujeto que vive en pobreza se ve determinantemente afectado por el trato inhumano que se le da, a causa de la ausencia de un simbólico que le otorgue un lugar en la sociedad, lo cual se ve exacerbado por el imperativo de goce de la posmodernidad, y la deshumanización de una medicina que se ha convertido en pura técnica.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 990969842; +593 996509994	E-mail: <a href="mailto:karen.josse94@gmail.com">karen.josse94@gmail.com</a> <a href="mailto:david.aguirre@gmail.com">david.aguirre@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2209210 ext. 1413 – 1419		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:francisco.martinez@cu.ucsq.edu.ec">francisco.martinez@cu.ucsq.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			