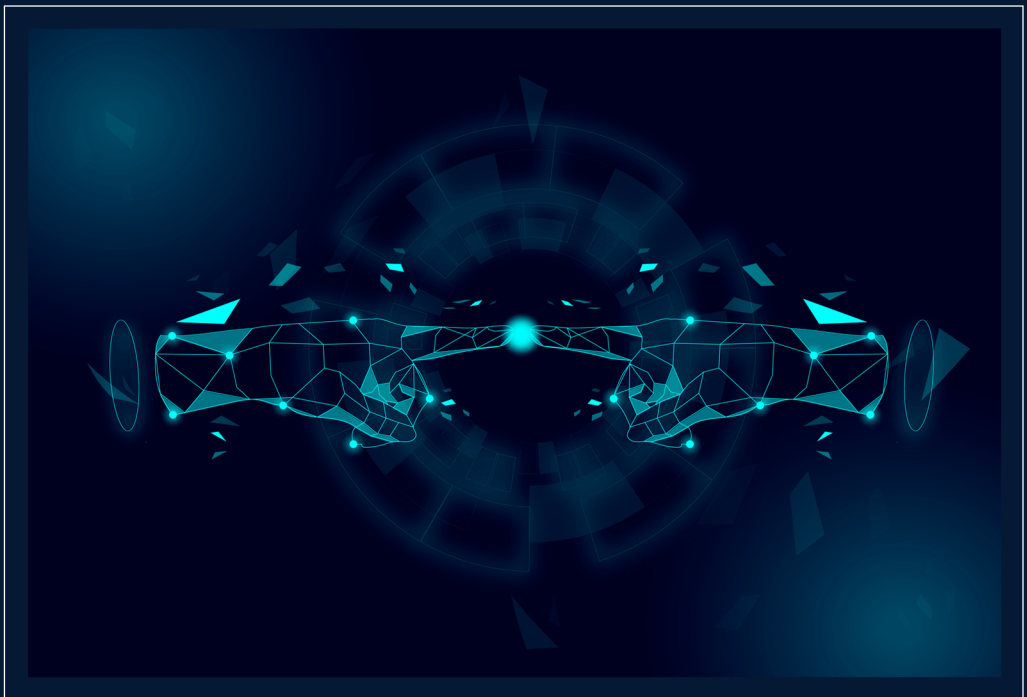


ISSN 1870-4689

mirada
antropológica

REVISTA DEL CUERPO ACADÉMICO DE ANTROPOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS DE LA BUAP
Año 13, Número 15, Julio-Diciembre 2018



DIRECTORIO
 BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 José Alfonso Esparza Ortiz
Rector
 José Jaime Vázquez López
Secretario General
 José Carlos Bernal Suárez
Encargado de Despacho de la Vicerrector de Extensión y Difusión de la Cultura
 Hugo Vargas Comsille
Director de Fomento Editorial

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
 Ángel Xolocotzi Yáñez
Director
 María del Carmen García Aguilar
Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado
 Francisco Javier Romero Luna
Secretario Académico
 Mónica Fernández Álvarez
Secretaria Administrativa
 Arturo Aguirre Moreno
Coordinador de Publicaciones

CINTILLO LEGAL
 MIRADA ANTROPOLÓGICA, Año 13 No. 15, Julio-Diciembre de 2018, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 Sur No. 104 Colonia Centro, Puebla Pue., C.P. 72000, teléfono (222) 2 295500, Ext. 5490 http://emas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/filosofia, Editor Responsable: Alejandra Gámez Espinosa; mirada.antropologica.ffyl@correo.buap.mx. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2017-090413431300-203, ISSN: (En trámite). Ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número Facultad de Filosofía y Letras de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Dra. Alejandra Gámez Espinosa, domicilio en Av. Juan de Palafox y Mendoza No. 229, Colonia Centro Histórico, Puebla Pue., C.P. 72000, fecha de última modificación, 29 de Enero de 2017.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

La Dirección de la Revista está a cargo de Dra. Alejandra Gámez Espinosa. El Comité editorial está conformado por Lillian Torres González (FFYL-BUAP); Humberto Morales Moreno (FFYL-BUAP); Ernesto Licona Valencia (FFYL-BUAP); Carlos Serrano Sánchez (IIA-UNAM); Abilio Vergara Figueroa (ENAH-INAH); Martí Boneta y Carrera (Universidad de Barcelona); Citalli Reynoso Ramos (Fac. de Psicología-BUAP). Joaquín Sabaté (Universidad Politécnica de Cataluña, España); Luis Alberto Vargas (IIA-UNAM); Beatriz Nates Cruz (Universidad de Caldas, Colombia); Omar Moncada Maya (Instituto de Geografía-UNAM); Horacio Capel Sáez (Universidad de Barcelona, España); Johanna Broda (IIA-UNAM); Pablo Paramo (Universidad Pedagógica Nacional, Colombia); André Munhoz de Argollo Ferrão (Universidad de Estadual de Campinas, Brasil) y Ricardo Melgar Bao (INAH). Editores de este número: Esmeralda Soledad Covarrubias López, Manuel Méndez Tapia

DOSSIER

Presentación

Intervención biomédica, cuerpo y salud

ESMERALDA COVARRUBIAS LÓPEZ

MANUEL MÉNDEZ TAPIA 3

La nueva frontera de la cirugía

Intersex

KATIRIA A. PINTOR-JIMENEZ

ANA M. ORTIZ-SANTIAGO

JUAN CARLOS JORGE 6

Los caminos de Bahía: Siguiendo

los pasos de un joven Intersex

y su trayectoria en el hospital

SHIRLEY ACIOLY MONTEIRO DE LIMA

PEDRO PAULO GOMES PEREIRA 17

Cuerpo diagnosticado. La experiencia

de un Oncólogo en Bogotá

RODRIGO RUIZ LURDUY 31

Historia hecha de historias

sobre el cuerpo-territorio

MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA 42

Gobernando la vulnerabilidad:

(In)seguridad y control neoliberal

CLAUDIO IBARRA VARAS

MAURICIO GONZÁLEZ VILLARROEL 56

RESEÑAS

Húmedos placeres.

Sexo entre varones en saunas de la

Ciudad de Puebla de Alberto Teutle López

ABEL LOZANO HERNÁNDEZ 76

PRESENTACIÓN

Intervención biomédica, cuerpo y salud

Biomedical Intervention, Body and Health

En el presente número temático de *Mirada Antropológica* se pretende examinar de qué manera la vida corporal se encuentra regulada por prácticas de intervención biomédicas regidas por un conocimiento científico especializado. En el eje de las discusiones contemporáneas sobre el cuerpo y las corporalidades, proponemos reflexionar sobre los aparatos, objetos y herramientas tecnológicas que de modo activo operan como elementos constitutivos de los procesos de salud y enfermedad; también nos interrogamos por el papel que juegan los escenarios hospitalarios, las demandas farmacológicas y los imaginarios médicos en la creación de itinerarios simbólicos que significan, transforman y modelan nuestros cuerpos.

De este modo, en la medida en que la intervención biomédica suele establecer campos de prácticas y de representación particulares, nos parece fundamental reflexionar cómo se imponen criterios de validación y legitimación de la medicina científica en el estudio del cuerpo. No obstante, es importante aclarar que, cuando hacemos alusión al estudio de lo corporal, no estamos dando por sentado lo que “es” un cuerpo, por el contrario, proponemos pensar las diferentes maneras en que se confeccionan las fronteras corporales en el marco de dinámicas, lógicas y escenarios biomédicos. Por lo tanto, al distanciarnos de la obviedad con que se juzga la visibilidad “natural” como evidencia científica de la corporalidad, nos preguntamos: ¿en qué medida las definiciones del cuerpo se encuentran modeladas por imperativos de regulaciones sociosanitarias?

Los textos que se presentan a continuación recrean procesos de materialización de lo corporal con relación a lo que emerge como un determinado proceso de salud y enfermedad. En ese sentido, los autores de este número privilegian sus análisis desde perspectivas conceptuales críticas con el objetivo de mostrar las formas en que las figuras corporales son habilitadas por herramientas tecnocientíficas y ciertas maquinarias culturales de producción visual. Así, el artículo “Historia hecha de historias sobre el cuerpo-territorio”, de María del Consuelo Chapela, recurre a una “historia-grande” para analizarla con base en el concepto de “cuerpo-territorio”. Su finalidad consiste en comprender algunos aspectos de la invasión y la colonización de los cuerpos, que es perpetrada desde las prácticas hegemónicas de la medicina; una invasión que, a decir de la misma autora, puede contener, controlar o cancelar el flujo de las posibilidades transformadoras de los espacios y los cuerpos.

Por otra parte, a través de una etnografía realizada en un centro hospitalario de la ciudad de São Paulo, el artículo “Los caminos de Bahia: siguiendo los pasos de un

joven intersex y su trayectoria en el hospital”, de Shirley Acioly Monteiro de Lima y Pedro Paulo Gomes Pereira, nos muestra una aproximación a los itinerarios complejos por los que las personas intersex atraviesan, lo cuales incluyen a diversos profesionales en salud y diferentes tipos de servicios médicos. Asimismo, “Cuerpo diagnosticado. La experiencia de un oncólogo en Bogotá” de Rodrigo Ruiz Lurduy, destaca un análisis etnográfico centrado en el cuerpo diagnosticado con la intención de abordar la experiencia médica en cuanto su función como dispositivo productor de representaciones, en este caso, las representaciones de la práctica médica oncológica y el cuerpo enfermo/diagnosticado de cáncer.

A su vez, en “La nueva frontera de la cirugía intersex”, de Katiria A. Pintor-Jimenez, Ana M. Ortiz-Santiago y Juan Carlos Jorge, se expone un estudio de caso de un adolescente con hipospadias quien tuvo múltiples intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida, lo cual, sostienen los autores, ilustra el pensamiento de los saberes biomédicos y los saberes intersex sobre las cirugías genitales. Por último, Claudio Ibarra Varas y Mauricio González Villarroel, en “Gobernando la vulnerabilidad: (in) seguridad y control neoliberal”, plantean una revisión crítica del concepto de vulnerabilidad en el marco de una gubernamentalidad de orden neoliberal, recurriendo además a otras discusiones claves de los debates recientes sobre el estudio del cuerpo y la corporalidad, las cuales incluyen los modos del reconocimiento, las formas del cuidado y el impacto en los cuerpos en función de una violencia persistente del capitalismo contemporáneo.

Este número temático añade también una reseña de libro “Húmedos placeres. Sexo entre varones en saunas de la ciudad de Puebla” del autor Alberto Teutle López, elaborada por Abel Lozano Hernández, que da cuenta de una investigación etnográfica en vapores de la ciudad de Puebla llevada a cabo con varones, pensados éstos como sujetos múltiples y contradictorios, que ilustran la forma en que sus prácticas sexuales y sus procesos identitarios parecen trastocar la heteronormatividad, pero al mismo tiempo también pueden reforzarse lógicas violentas de una masculinidad viril que incluso adquiere un carácter homofóbico.

A lo sumo, los textos presentados nos permiten visibilizar que los diferentes problemas de salud y enfermedad no dependen solo de las concepciones, los significados o las decisiones de los sujetos sino del papel que desempeñan las instituciones y las tecnologías biomédicas en la confección de la vida corporal. Así es desde el momento en que, al constituirse como un orden social con legitimación científica, la medicina científica establece prácticas habilitadoras que encauzan cómo, desde dónde y para qué ver, así como de qué forma trabajar e intervenir los cuerpos; lo mismo que encauzan ciertas prácticas hacia la omisión, la desatención e incluso la desprotección. Por todo ello, nos parece importante no asumir la trampa discursiva que sostiene que la vida corporal tiene límites biológicos precisos y, en cambio, resultará primordial

continuar reflexionado, desde una mirada antropológica, sobre el papel de las distintas instituciones en su compromiso con la salud de los sujetos.

Dra. Esmeralda Soledad Covarrubias López¹
Dr. Manuel Méndez Tapia²
(Coordinadores)

1. Doctora en Ciencias en la especialidad de Investigaciones Educativas por el CINVESTAV, Maestra en Medicina Social por la UAM-X y Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM. Profesora-Investigadora del Departamento de Atención a la Salud en la UAM-X, Área de investigación Salud y Sociedad y profesora de Asignatura en la ENEO.

2. Doctor en Ciencias en la especialidad de Investigaciones Educativas por el CINVESTAV. Maestro en Medicina Social y Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT. Profesor Investigador del Colegio de Antropología Social, BUAP.

DOSSIER

LA NUEVA FRONTERA DE LA CIRUGÍA INTERSEX

THE NEW FRONTIER OF INTERSEX SURGERY

KATIRIA A. PINTOR-JIMENEZ*

ANA M. ORTIZ-SANTIAGO**

JUAN CARLOS JORGE***

RESUMEN

Las cirugías genitales para reconfigurar su anatomía siguen siendo una intervención estándar en el manejo de la intersexualidad humana. En este trabajo, presentamos un estudio de caso de un adolescente con hipospadias que ha requerido múltiples intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida para ilustrar el pensamiento más reciente de los saberes biomédicos y los saberes *intersex* sobre las cirugías genitales. Notamos que los criterios cosméticos no serán suficientes para manejar quirúrgicamente la intersexualidad y sus variantes, lo que continuará dando paso al cuestionamiento y discusión del manejo y tratamiento óptimo de las condiciones médicas asociadas a la intersexualidad humana más allá de la apariencia genital. Concluimos que una mayor apreciación por lo estético de las variaciones genitales impondrá una nueva frontera a las cirugías *intersex*.

* Médico. Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

** Médico. Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

*** Doctor. Profesor en el Departamento de Anatomía y Neurobiología Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico y Autor correspondiente: juan.jorge@upr.edu

PALABRAS CLAVE: *Intersexualidad, genitales, cirugía genital, anatomía genital, hipospadias*

ABSTRACT

The surgical reconfiguration of the genitalia is still a standard intervention in the management of human intersexuality. In this paper, we present a case study of an adolescent with hypospadias who had required multiple surgeries to illustrate the latest thinking of biomedical knowledge and intersex knowledge on genital surgeries. We noticed that cosmetic criteria will not be sufficient to justify surgical interventions for the management of intersexuality and its variants, which will allow for further questioning and discussion about the management and optimal treatment of medical conditions associated with human intersexuality beyond genital appearance. We conclude that a greater appreciation for the aesthetic of genital variations will, possibly, impose a new frontier to intersex surgeries.

KEYWORDS: *Intersexuality, Genitals, Genital Surgery, Genital Anatomy, Hypospadias.*

INTRODUCCIÓN

El consenso médico para el manejo de la intersexualidad humana comienza con el renombrar clínico de casos que nacen con genitales de apariencia atípica y culmina con los algoritmos que incluyen la intervención quirúrgica para reconfigurar anatómicamente la apariencia genital. El consenso médico, de alcance global, que renombra la intersexualidad

humana como “trastornos de desarrollo sexual” (*disorders of sex development; DSD* en inglés) y que ratifica las cirugías genitales como parte del algoritmo clínico de intervención se conoce como El Consenso de Chicago (Lee et al, 2006, p. 488). Diez años más tarde, se hace una revisión de este consenso y se reiteran estos dos principios básicos del algoritmo: la conceptualización de casos *intersex* como trastornos de desarrollo sexual y la necesidad de las cirugías genitales (Mouriquand et al, 2016, p. 140). En verano del 2017, sin embargo, tres Cirujanos Generales de los Estados Unidos se pronunciaron en contra de las cirugías genitales argumentando que el propósito ulterior de las cirugías es cosmético si éstas no tienen impacto en funcionalidad (Elders et al, 2017, p. 2-3). Este nuevo pensamiento es consistente con el repudio a las cirugías genitales por parte de personas intersexuales a nivel global.

Un asunto medular en el debate sobre estas cirugías es la intención médica de reconfigurar la anatomía genital para asegurar que ni el infante, según vaya tomando conciencia de sí, ni sus padres, según le críen, tengan duda alguna sobre su “sexo verdadero” y, por ende, sobre su género. Según esta formulación clínica, se asume una “embriología del género” (Jorge, p. 2010, p. 39). En este trabajo consideramos oportuno examinar el transcurso del tratamiento quirúrgico de un caso cuyo diagnóstico usualmente no presenta duda sobre el sexo del infante; las hipospadias, una de las condiciones del tracto urogenital en los varones

de mayor prevalencia a nivel mundial. Estas se caracterizan por el desarrollo atípico del tejido que forma el aspecto inferior del pene resultando en el desplazamiento de la apertura uretral y la curvatura penil (Van der Horst et al, 2017, p. 435). En Norteamérica, por ejemplo, se estiman 34.2 casos por cada 10,000 nacimientos de varones vivos (Van der Horst et al, 2017, p. 436). Nuestro trabajo en Puerto Rico apunta a una cifra similar; 32.4/10,000 nacimientos de varones vivos (Avilés et al, 2014, p. 1079). Esta es una de las razones por las que se ha adaptado la cirugía como parte del manejo estándar de las hipospadias conducentes a la re-posición de la apertura de la uretra acerca de la punta del glande del pene para que el niño pueda orinar de pie. No obstante, estos casos también pueden presentar tejido de prepucio redundante, forma atípica del glande y curvatura del cuerpo del pene. Estos aspectos suelen ser atendidos en la misma intervención a menos que haya contraindicaciones quirúrgicas. Por ejemplo, si la curvatura del cuerpo del pene es bien pronunciada, usualmente se recomienda una primera intervención para manejar el calibre del pene que permita ubicar con certeza la apertura de la uretra antes de re-posicionarla en una segunda intervención quirúrgica. Debido a la multiplicidad de fenotipos de las hipospadias, con el devenir de los años y la experiencia clínica con estos casos, se han desarrollado una cantidad impresionante de técnicas quirúrgicas y cuidados post-operatorios (Tekgül et al, 2013, p. 23-4).

En este trabajo, presentamos el historial de manejo en el caso de un paciente de 17 años con complicaciones postoperatorias de hipospadias. La presentación de este caso nos permite presentar las propuestas más recientes en torno a las cirugías genitales desde el ámbito clínico, así como desde el activismo y el trabajo teórico de argumentación legal *intersex* a nivel global para examinar sus puntos de convergencia de opinión.

ESTUDIO DE CASO DE UN ADOLESCENTE CON HIPOSPADIAS

Este es el caso de un paciente de 17 años que se presenta a Urología Pediátrica con dolor severo e infección en la apertura neo-uretral. Al nacer, su historial clínico revela un cuerpo genital de 3 centímetros con prepucio dorsal, ausencia de glande y un escroto bífido. A los 8 días de edad, el paciente fue referido a Urología debido a su diagnóstico de hipospadia penoescrotal; caracterizada por tener la apertura uretral en la región entre el pene y el escroto, en el escroto propiamente o en el perineo pero anterior al ano. El paciente no tenía dificultad para orinar y ambos testículos habían descendido. A los 18 meses de edad, se realizó una reparación de uretroplastía segmentaria escalonada y una uretroplastía distal de primer grado, sin resultados adversos durante la evaluación postoperatoria. La reparación de primer grado incluyó la liberación de cuerdas con trasposición del tejido y una meatotomía. Al mismo tiempo, se realizó

una reparación de segundo grado; estos, producción de calibre uniforme con una configuración natural del meato y del glande. A la edad de 1 año y 10 meses el examen físico reportó una herida cicatrizada sin hipertrofia ni formación de queloide, pero su flujo de micción se desviaba a la derecha. A los 3 años de edad, el paciente desarrolló una fistula uretral a la derecha de la región penoescrotal. Una fistula es una continuidad anatómica desde el lumen de una estructura anatómica, en este caso el canal de la uretra, a otra estructura o espacio anatómico, en este caso el cuerpo del pene. Se realizó una intervención quirúrgica, fistulectomía, para corregir esta complicación común de las reparaciones de hipospadias proximales. Durante una visita pre-operatoria, se detectó una fistula ventral pequeña con el meato en el glande y ausencia de hernia. Luego de los 3 años de edad, el paciente fue intervenido con una uretroplastía proximal y una uretroplastía de primer grado distal bajo anestesia general y Aricef IV (200mg). Posterior a la intervención, el paciente fue dado de alta sin complicaciones con una prescripción de Septra 5cc PO BID por 10 días, y con la

comendación por escrito de lavar la incisión quirúrgica con aceite mineral, jabón y agua. Sin embargo, 25 días luego de la intervención, el paciente desarrolló una hidrocele en el lado derecho. Al cumplir los 12 años, el paciente comenzó a presentar retención urinaria y síntomas de dolor y malestar en su órgano genital. La evaluación médica descubre nuevamente una fistula uretral la cual es reparada sin registro de complicaciones quirúrgicas. A los 17 años, el paciente se sometió a una cistoscopia flexible para descartar la presencia de divertículos ureterales, luego de una reparación de fistula uretral a los 14 años. En la cistoscopia, se inserta un instrumento con cámara por la uretra para visualizar los tejidos. Dos meses después del procedimiento se realizó una reparación de hipospadias de seguimiento debido a infecciones recurrentes en el tracto urinario. El paciente fue visto por Urología después de la reparación quirúrgica y se observó una fistula acompañada de una infección postoperatoria y fue citado para seguimiento. La Figura 1 presenta la cronología de los eventos más sobresalientes en el manejo quirúrgico de este caso.

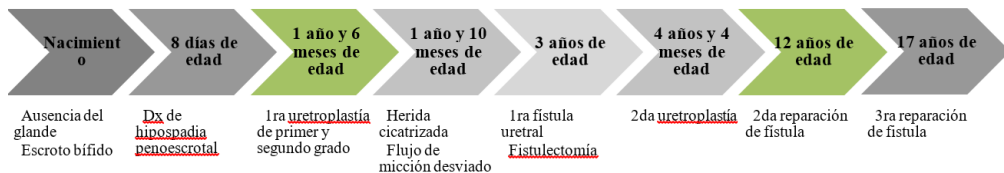


Figura 1. Flujograma que detalla el historial de los eventos quirúrgicos en un estudio de caso de hipospadias en un adolescente de 17 años de edad.

PLANTEAMIENTOS SOBRE LAS CIRUGÍAS GENITALES: LOS SABERES BIOMÉDICOS

Hipospadias es un término que describe el desarrollo atípico del tejido que forma el aspecto ventral del pene. Como resultado, según el grado de severidad, se tiene desplazamiento de la apertura uretral y la curvatura penil (Van der Horst et al, 2017, p. 437). Las hipospadias se clasifican según la posición anatómica de la apertura uretral desplazada, en distal-anterior (Tipo I), intermedia-medial (Tipo II) y proximal-posterior (Tipo III) (Pérez-Brayfield et al, 2016, p. 2). El estudio de caso presentado corresponde a un caso de hipospadias con severidad Tipo III. Las hipospadias pueden implicar alteraciones funcionales y cosméticas (Van der Horst et al, 2017, p. 438). Por lo tanto, existe una serie de indicaciones para realizar intervención quirúrgica en pacientes con hipospadias entre las cuales se toman en cuenta la desviación y rotación del pene, las hendiduras e inclinación del glande, el meato uretral ectópico o esténotico, el prepucio cubierto, la transposición penoescrotal, el tamaño del pene, la edad del paciente y los riesgos anestésicos. Guías recientes consideran que la edad ideal para la reparación de hipospadias es entre los 6 a 18 meses de edad (Tekgül et al, p. 2013, p. 23). Se recomienda que la intervención quirúrgica sea entre estas edades ya que la consciencia genital comienza en la edad de los 18 meses por lo que, teóricamente, contribuye a minimizar la carga psicológica y social que pueda causar en el paciente y

en su familia. Se espera que la micción y la actividad sexual no sean afectadas por las hipospadias o sus procedimientos correctivos, pero no hay suficientes estudios prospectivos que prueben que esta aseveración sea certera (Springer et al, 2014, p. 200). Lo mismo sucede con la tasa de incidencia de complicaciones; los estimados más conservadores varían entre 6 a 30%, según la severidad de las hipospadias (Bhat et al, 2008, p. 242). Algunas complicaciones agudas de las reparaciones de hipospadias incluyen: sangrado, infección de la herida, torsión penil y fistulas. La fistula ha demostrado ser la complicación más común, observada en hasta un 23% de los pacientes tratados (Bhat et al, p. 2008, p. 242). Todas estas variables se toman en cuenta para obtener el mejor resultado posible; la construcción de una uretra de buen calibre con un meato uretral en forma de hendidura en la punta del glande y un pene recto. Aun así, en la literatura se ha reportado que la reparación de hipospadias tiene alta incidencia de complicaciones médicas y problemas psicológicos y emocionales en los pacientes en comparación a la población general (Springer et al, 2014, p. 200).

En términos generales, el consenso en la literatura médica hasta el momento ha sido que es más problemático para las personas vivir con genitales de apariencia atípica que reestructurar su anatomía (Mouriquand et al, 2016, p. 141-2). Un argumento consistente que no cuestiona la intervención médica, mientras promueve la participación de los padres en

la toma de decisiones clínicas, es fomentar la creación de centros de atención especializados con personal de salud en –al menos– psicología infantil, genética, ginecología, enfermería, endocrinología, urología y trabajo social para proveer el diagnóstico, tratamiento y acompañamiento a cada paciente y su familia de acuerdo al caso en cuestión (Intersex Society of North America, 2016, p. 10). Ciertamente, no todos los casos reportados han cuestionado las intervenciones médicas aquí planteadas. En un estudio reciente se concluyó que adolescentes que no recordaban la operación tienen mayor probabilidad de desarrollar una concepción positiva de su cuerpo y estar satisfechos con su apariencia general que aquellos que sí recordaban la cirugía correctiva (Springer et al, 2014, p. 200). En contraste, un estudio sueco investigó la adaptación psicológica y la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes que pasaban por anestesia antes y luego de los 18 meses de edad y no pudo proveer evidencia que apoyara las recomendaciones establecidas con respecto a la edad ideal para reparación de hipospadias (Springer et al, 2014, p. 200). Sin

embargo, durante el verano del 2017, la opinión experta de tres Cirujanos Generales de los Estados Unidos cuestionó la necesidad de genitoplastia en niños con hipospadias y otros diagnósticos *intersex* porque:

- (1) no hay suficiente evidencia que sugiera que crecer con genitales atípicos traiga consigo estrés psicosocial, (2) varios estudios han demostrado que la intervención quirúrgica puede causar daño físico y emocional severo e irreversible, (3) estas cirugías pueden estar violando el derecho del paciente pediátrico de autonomía sobre su propio futuro (traducción del original por JCS, Elders et al, 2017, pp. 2-3).

La Tabla 1 contiene una pequeña muestra de publicaciones disponibles en internet que ejemplifica la concepción emergente en el pensamiento biomédico sobre las variaciones genitales desde la publicación del algoritmo sugerido por la Academia Americana de Pediatría en el 2000 hasta la opinión más reciente de los tres Cirujanos General de los Estados Unidos en el 2017.

Tabla 1. Evolución de los saberes biomédicos sobre las cirugías *intersex*

Título del Informe o Artículo	Referencia electrónica	Año de publicación	Pais/Contiente/Región
Artículos o Documentos en inglés			
“Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics.”	http://pediatrics.aappublications.org/content/106/1/138	2000	Estados Unidos

“Rules for clinical diagnosis in babies with ambiguous genitalia.”	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1754.2003.00179.x/abstract	2003	Reino Unido
“Intersex(es) and informed consent: How physicians’ rhetoric constrains choice”	https://link.springer.com/article/10.1023/B:META.000025069.46031.0e	2004	Estados Unidos
“Consensus statement on the management of intersex disorders”	http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/e488	2006	Consenso Internacional
“Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development.”	https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-007-9241-9	2009	Alemania
“Surgery in disorders of sex development (DSD) with gender issue: If (why), when, and how?”	http://www.jpurol.com/article/S1477-5131(16)30012-2/fulltext	2016	Consenso Internacional
“Guidelines on Paediatric Urology”	http://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/	2017	Europa
“Re-Thinking Genital surgeries on Intersex Infants”	http://www.palmcenter.org/publication/re-thinking-genital-surgeries-intersex-infants/	2017	Estados Unidos
Artículos en español			
“Tratamiento quirúrgico de los genitales ambiguos: fundamentos e implicaciones psicológicas y sexuales”	http://bvs.sld.cu/revistas/END/vol17_03_06/end04306.htm	2006	Cuba
“Problemática jurídica de los estados intersexuales. El caso colombiano.”	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000300002	2010	Colombia
“Intersexualidad, necesidad del cambio en el paradigma de atención”	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000300005	2010	Cuba

PLANTEAMIENTOS SOBRE LAS CIRUGÍAS GENITALES: LOS SABERES INTERSEX

Organizaciones institucionalizadas, grupos de interés y voces *intersex* han encontrado en los derechos humanos un punto importante de convergencia que argumenta en contra de las cirugías genitales. Se destacan en estas discusiones tres temas recurrentes: autonomía corporal, integridad corporal y libre autodeterminación. Esta vuelta al cuerpo como protagonista del debate invita al estudio transdisciplinario del cuerpo y las corporalidades. Por ejemplo, para esta comunidad es importante tomar en cuenta la subjetividad del individuo durante la consulta médica para construir sujetos de género, según el concepto “morfotopía” que propone Muñiz (2011, pp. 41-46). Por otra parte, como ilustra el estudio de caso aquí presentado, las intervenciones quirúrgicas pueden implicar visitas mé-

dicas a lo largo de la vida. El activismo y la expresión *intersex* desde las artes han sido fundamentales para registrar sus experiencias relacionadas con los tratamientos más allá de la clínica. El concepto “sintomatología de la abyección” que propone Díaz-Zepeda (2015, pp. 169-171) es útil para levantar preguntas sobre el efecto de las consultas para los sujetos que forzosamente quedan convocados a la reunión: paciente y médico. La comunidad *intersex* ha logrado argumentar la exclusividad del saber médico sobre sus cuerpos, debatir la necesidad de incluir al paciente y sus derechos sexuales y evaluar, lo que vienen argumentando por años, la necesidad y optimización de las intervenciones biomédicas. La Tabla 2 contiene una muestra de estas voces, disponibles en internet, más allá del ámbito clínico. Notamos que, con el devenir de los años, las propuestas convergen en la defensa de los derechos humanos.

Tabla 2. Saberes *intersex* sobre las cirugías genitales

Título del Informe o Artículo	Referencia electrónica	Año de publicación	Pais/ Continente/Región
Artículos o Documentos en inglés			
“Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood”	http://www.dsdguidelines.org/files/clinical.pdf	2006	Norte América
“Trans and intersex people: discrimination on the grounds of sex, gender identity and gender expression, European Network of Legal Experts in the Non-Discrimination Field.”	www.teni.ie/attachments/35bf473d-1459-4baa-8f55-56f80cfe858a.PDF	2012	Europa

“Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of All Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons.”	www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/foraff/137584.pdf	2013	Unión Europea
“Intersex genital mutilations: human rights violations of children with variations of sex anatomy”	http://intersex.shadowreport.org/public/2014-CRC-Swiss-NGO-Zwischengeschlecht-Intersex-IGM_v2.pdf	2014	Suiza
“Darlington Statement: Joint consensus statement from the intersex community retreat in Darlington, March 2017”	https://oii.org.au/darlington-statement/	2017	Australia
Documentos en español o traducidos al español			
“Convención para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.”	https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf	1997	Convenio de Oviedo, España
“Principios sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género (Principios de Yogyakarta)”	http://www.yogyakartaprinciples.org/wp/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf	2007	Indonesia
“Derechos humanos y personas intersex: Documento Temático”	https://oiieurope.org/wp-content/uploads/2017/03/derechos_humanos_y_personas_intersex_documento_tematico.pdf	2015	Europa
“Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual y Guías de Atención Específicas”	https://www.gob.mx/insalud/documentos/protocolo-comunidad-lgbtii	2017	México

CONCLUSIÓN

Según ilustra el estudio de caso aquí presentado, el manejo quirúrgico de las variaciones anatómicas puede conllevar intervenciones reiteradas que no fueron planificadas en el tratamiento médico original. Anticipamos que los criterios estéticos, eventualmente, no serán suficientes para justificar las cirugías genitales a menos que se demuestre más allá de cualquier duda razonable que el propósito de dicha intervención será promover la funcionalidad urológica y reproductiva. Por lo tanto, al objetivo médico de garantizar funcionalidad se suma ahora el aprecio de lo estético en la diversidad de conformaciones anatómicas de los genitales en el contexto de los derechos humanos de las personas *intersex* y sus familias. Esta nueva apreciación de lo estético demarcará el nuevo límite de la cirugía *intersex*. En este contexto, se abre la posibilidad a que el orden legal suplante al orden médico para validar las fronteras socialmente permisibles de las corporalidades *intersex*.

REFERENCIAS

- Avilés, L.A., Alvelo-Maldonado, L., Padró-Mojica, I., Seguinot, J., & Jorge, J.C. (2014). *Risk factors, prevalence trend, and clustering of hypospadias cases in Puerto Rico*, Journal of Pediatric Urology, No. 6, Vol. (10).
- Bhat, A. y Kumar Mandal, A. (2008). *Acute postoperative complications of hypospadias repair*, en Indian Journal of Urology, No. 2, Vol. (24).
- Díaz Zepeda, A. (2015). “Síntomatología de la abyección” en *Ficciones del Cuerpo*, Alejandra Díaz-Zepeda y Fabián Giménez Gatto (Coordinadores). México: La Cifra.
- Elders, J. M. et al. (2017) *Re-Thinking Genital Surgeries on Intersex Infants*, Palm Center, Blueprints for Sound Public Policy, United States.
- Evaluation of the Newborn with Developmental Anomalies of the External Genitalia*. (2000). en American Academy of Pediatrics, No. 1, Vol. (106).
- Isna.org. (2019). Intersex Society of North America | *A world free of shame, secrecy, and unwanted genital surgery* | Intersex Society of North America. [online] Available at: <https://isna.org/> [Accessed 23 Oct. 2019].
- Jorge, Juan C. (2010). *La embriología del género y modelos moleculares emergentes para explicar la diferenciación sexual*, Sexología, No. 2, Vol. (15), agosto 2010.
- Lee, P.A., Houk, C.P., Ahmed, S.F., Hughes, I.A., et al. (2006). *Consensus statement on management of intersex disorders: International Consensus Conference on Intersex*, Pediatrics, Vol. (118), agosto 2006.
- Mouriquand, Pierre D.E. et al. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? Journal of Pediatric Urology, No. 3, Vol. (2).
- Muñiz, Elsa (2011). *La cirugía cosmé-*

tica: ¿un desafío a la naturaleza? Belleza y perfección como norma, México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Pérez-Brayfield, Marcos R et al. (2016). *Concordance of Expert and Parental Opinion about Hypospadias Surgical Outcome Is Severity Dependent*, en *Frontiers in Pediatrics*, No. 2, Vol. (4).

Springer, Alexander et al. (2014). *Timing of Hypospadias Repair in Patients with Disorders of Sex Development*, *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, Vol. (27), pp. 197-202.

Tekgül, S. et al., (2013). *Guidelines on Paediatric Urology*, European Society for Paediatric Urology, pp. 126.

Van der Horst, H. J. R. et al. (2017). *Hypospadias, all there is to know*, en *European Journal of Pediatrics*, No. 4, Vol. (176), The Netherlands.

LOS CAMINOS DE BAHIA: SIGUIENDO LOS PASOS DE UN JOVEN INTERSEX Y SU TRAYECTORIA EN EL HOSPITAL

JOURNEYS OF BAHIA: FOLLOWING THE STEPS OF A YOUNG INTERSEX AND HIS/HER CAREER AT THE HOSPITAL

SHIRLEY ACIOLY MONTEIRO DE LIMA*
PEDRO PAULO GOMES PEREIRA**

RESUMEN

Cuando una persona *intersex* decide reingresar al servicio de salud para cuestionar la designación sexual que le fue asignada en su nacimiento debe, necesariamente, recorrer diferentes instancias y caminos. En esa trayectoria entra en contacto con diversos profesionales (técnicos, enfermeras, médicos) y tipos de servicios (secretarías de atención, clínicas médicas y laboratorios). Esta etnografía, realizada durante dos años, permitió una aproximación a itinerarios complejos y a los modos en que las personas *intersex* solucionan algunos dilemas. Con base en esta experiencia etnográfica el texto intentará acompañar uno de esos recorridos, focalizando el encuentro y las relaciones establecidas entre una persona *intersex* adulta y los grupos específicos de atención. De estas trayectorias inauditas surgen formas de percibir las prácticas médicas y las acciones llevadas a cabo durante el recorrido por el hospital.

* Doctora en Ciencias, Programa de Post-graduación en Salud Colectiva, Universidad Federal de São Paulo: shirleyacioly@yahoo.com

** Doctor en Antropología, Universidad de Brasília, Profesor Libre Docente de la Universidad Federal de São Paulo: pedropaulopereira@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: *Intersex, registro civil, violencia, servicios de salud, género.*

ABSTRACT

When an intersex person decides to re-join the health service in order to question his/her sexual assignment, he/she must necessarily go through different departments. In this trajectory, he/she will interact with different social actors (technicians, nurses, medical doctors) and types of services (secretariat of healthcare, medical clinics and laboratories). This research, developed during two years, allowed us to understand complex itineraries as well as the intersex persons' solutions and hesitations. Based on this ethnographical experience, this paper will follow one of these trajectories. It will focus on the encounter and the relations established by an adult intersex person and the healthcare groups. From these trajectories, unprecedented forms of perceiving the medical and non-medical practices and actions in the itinerary within the hospital will emerge.

KEYWORDS: *Intersex, Health Service, Gender.*

Durante dos años desarrollé una etnografía con observación participante y acompañamiento cotidiano de las personas intersex. En ese periodo participé en proyectos, talleres, tertulias y otras acciones producidas por el Centro de Referencia y Defensa de la Diversidad (CDR) de la ciudad de São Paulo. Intenté, además, seguir los itinerarios de mis interlocutores en sus idas a los hospitales, instituciones

judiciales e, inclusive, en su día a día y en sus residencias. En ese recorrido conocí a Bahia. Este texto muestra el acompañamiento a Bahia en sus tortuosos caminos por el hospital.

A finales de octubre de 2012, Bahia y yo estábamos al frente del Instituto de Psiquiatría ubicado en la zona céntrica de la ciudad de São Paulo. Bahia, quien había pedido asesoramiento jurídico al Núcleo Especializado en el Combate a la Discriminación, Racismo y Prejuicio de la Defensoría Pública del Estado de São Paulo (NCDRP) para el cambio de nombre en el registro civil, fue enviado a una consulta médica en el servicio de sexualidad de dicho instituto. Al cruzar la puerta del imponente edificio y presentar el turno para la consulta, los guardias de seguridad le indicaron al joven cómo llegar hasta la secretaría donde lo atenderían, localizada en la planta baja. Bahia se acomodó en una silla de la sala de espera y aguardó hasta ser llamado por la recepcionista. Como parte del proceso de registro de paciente, luego de entregar el pedido de consulta, Bahia tuvo que mostrar su documento de identidad. Al recibirlo, la recepcionista se detuvo en la foto y en el nombre registral y, sin ocultar la sorpresa miró a Bahia exclamando “¡pero qué raro! ¿Quién es el paciente?” Al confirmarle Bahia que era el paciente, volvió su mirada al monitor de la computadora y preguntó “Es ‘Bahia’, ¿verdad? ¡Deja que confirme algunos datos porque aquí figura como Bahiana!” Bahia, sonriendo, afirmó: “creo que eso que figura ahí está

bien” y la recepcionista confirmó: “¿es eso, entonces? Bueno”. Al verificar que ya había estado en otro instituto de ese complejo hospitalario le ofreció disculpas y le preguntó si deseaba registrarse con su nombre social. Bahía, sonriendo, concordó. Las etiquetas salieron de la impresora llevando el nombre social y fueron adheridas a la ficha que la recepcionista le entregó.

Luego de ese pequeño, pero dramático, episodio Bahía fue autorizado a dirigirse al piso siguiente donde funciona el Servicio de Sexualidad cuya secretaria había agendado el turno solicitado por la asistente social del NCDRP. Se presentó con la secretaria entregándole los formularios provistos por la asistente social. Esta, al leer el nombre impreso en el formulario en la ficha confeccionada por la recepción del edificio y confrontarlos con el del documento de identidad, miró a Bahía diciéndole: “¿esos son tu nombre y tu nombre social? ¡Esa atención ambulatoria sería para Transexualismo, pero no estamos agendando transexualismo en este momento!”. De pie en la recepción, separado de la secretaria sólo por un vidrio, Bahía oía atónito la explicación. Bahía y todos los presentes en la sala pudieron escuchar la exposición que siguió sobre las “enfermedades y disfunciones” que los pacientes debían presentar para consultar en ese servicio. Además del apremio por el que Bahía tuvo que pasar por la forma en que su situación fue divulgada públicamente, también me intrigó en ese momento el contenido. ¿Cómo era po-

sible que un sector que debía ocuparse de transexuales utilizara términos como “transexualismo” y “disfunción” para referirse a los pacientes? Las palabras y los términos contienen, bien lo sabemos, una carga importante. Su uso en un hospital, lugar en el que las personas buscan amparo para sus aflicciones, no pareció adecuado, como Bahía me hizo notar. Las palabras hacían algo, tocaban directamente a Bahía, *performatizando* una violencia ya en la entrada del dispositivo que debería actuar eliminando o amenizando esas aflicciones.

Avergonzado al ser interpelado, y en la tentativa de lograr realizar ese día la consulta agendada, Bahía hizo uso de las palabras de la secretaria para explicarse: “entonces mi caso es el de una disfunción, lo que pasó es que...” y fue bruscamente interrumpido por la secretaria que le reprendió: “¿ah sí? ¿Disfunción? ¿Y tienes nombre social?”. Bahía trató de continuar: “ah, [mi asunto es] endocrinológico”. La secretaria se dirigió a mí, quien lo acompañaba, y certificó:

Entonces, aquí no dice nada, no dice que sea endocrinológico. El caso de él es de *transexualismo*, es para el ambulatorio de *transexualismo*. Puedo agendarte un turno en la lista de espera y aguardas. No es un caso que pueda ser atendido hoy.

Bahía bajó la cabeza y desmoralizado acató: “ya entendí”. La secretaria, centrándose en el tema del nombre, se justificó. “Aquí, a quien tiene nombre social lo consideramos y atendemos como transexual. Toda la gente que viene con

nombre social es transexual, a nuestro entender”. Como si no bastase la amonestación a Bahía, la secretaria llamó por teléfono al NCDRP para corregir lo que ella consideraba como un “error de pedido de turno”. En presencia de Bahía y de los demás pacientes en la recepción, comenzó a conversar telefónicamente con la asistente social:

Con la doctora Elisa (asistente social), por favor. Ustedes enviaron un paciente a este ambulatorio, pero su caso no es de *transexualismo*. Cuando ustedes llaman siempre les preguntamos: ¿es transexual? ¿Es un caso de *disfunción*? ¿Es un caso de apetito sexual excesivo?, como se le dice. Lo que no fue declarado es que el paciente fuera transexual por lo que le dimos un turno normal en la agenda del *triaje* general, pero no atendemos homosexual. A quien es transexual le avisamos que existe una lista de espera bastante extensa y que, para el caso de él, además, la atención ambulatoria está suspendida. Aquí explicamos bien a las personas; disfunción es un caso bien diferente que el de transexual que tiene atención ambulatoria específica. Disfunción es eyaculación precoz, falta de erección. Siendo un caso como el de él, podemos colocarlo en la lista de espera. Pongo el número del turno y pido que lo agenden. En este caso fue falta de información de la persona que llamó para pedir el turno porque yo siempre pregunto a quién llama así no le damos el turno equivocado.

En frases articuladas y de modo sincopado, disertando sobre un tipo de or-

denamiento interno del hospital que no era comprensible de modo inmediato para quien estuviera fuera de aquel núcleo de sentido –tal vez a modo de taxonomía de la enciclopedia china descrita por Borges (1999) y que encantara a Foucault (1966, p. 7)– producía cierto extrañamiento e inquietud en Bahía. Finalizado el llamado en el que la secretaria dejó bien claro que no sería atendido aquel día, Bahía, casi sin esperanzas, le susurró a la secretaria: “El tema es así. No es transexualidad ni el otro problemita del que usted habló. ¡Yo soy un intersex!”. La secretaria leyó nuevamente el pedido de turno que no hacía ninguna mención a su condición o motivo de evaluación. Percibiendo la duda en la secretaria, Bahía recuperó la confianza y prosiguió, ahora con voz más firme: “¡Usted no está entendiendo, yo soy un intersex!”. La secretaria, menos imperativa, preguntó: ¿Eres hermafrodita? ¿Es eso lo que quieres decir? ¿*Hermafroditismo*? Entonces, en caso de *hermafroditismo* nosotros dejamos tu nombre porque es el médico el que verá cuál es tu caso. Dejamos, por ahora, tu nombre [registral]. El médico es el que pone, en el caso en que tengas uno, el nombre social, ¿está?

Estaba claro que la autodefinición de Bahía no sería acatada en aquel espacio hasta que el médico lo evaluara y expidiera su opinión. Una vez hechas las aclaraciones del caso, la secretaria substituyó el nombre social por el nombre registral e imprimió nuevas etiquetas para pegar en la ficha médica. Con la documentación “corregida” entre sus manos,

Bahía se desahogó, mientras esperaba ser atendido.

Cuando venía con mi mamá, ni pensaba. Fue después que comencé a madurar... ahora tengo que asumir una posición porque cuando uno es niño no escucha. Ya en la adolescencia las personas empezaron a hablar, a juzgar y uno tiene que defenderse, cuando hablo en lugares como este y trato de explicar las personas no entienden. Es difícil.

Bahía quedó visiblemente quebrado. Al “descubrir”, en su juventud, su condición de intersex en un hospital nunca imaginó que podría pasar por una situación tan embarazosa justamente con aquellos que, imaginaba, deberían entender su variación corporal y las cuestiones relacionadas con su nombre. No dentro del hospital. Él, quien tuvo que luchar para afirmarse como varón dentro de la escuela, que consiguió a los 18 años ser contratado para trabajar en una función “masculina” en un trabajo en blanco; a quien echaron de una tienda, escoltado por guardias de seguridad, por portación de documento con nombre femenino; a quien le impidieron retirar el duplicado de su documento hasta probar que ese documento realmente le pertenecía, no conseguía entender cómo justamente en esta fase final del proceso, ya en las puertas del hospital, nadie lograba entender su situación.

El reingreso¹ a la atención médica le mostró a Bahía que, a diferencia del tra-

to recibido durante su infancia, tendría que presentarse y defenderse solo pues no contaba con la protección de la madre ni la complacencia de las personas encargadas de esa atención. Por más que tuviera una apariencia masculina, su documento de identidad denunciaba que, al final, había algo “equivocado”. Percibió, ahora con más intensidad, la dureza y el rechazo en el servicio de salud frente a lo que consideraban como ambigüedad (Machado, 2008).

Aún en la sala de espera, la mirada de Bahía vagaba por el espacio de aquel lugar insólito. Allí se deparó con personas que, según él, reconocía “por el cuerpo y rostro de transexuales”. Eran mujeres más fuertes, de brazos y piernas bien torneadas, cabellos largos y maquilladas que, según Bahía, parecían hombres. Percibí, entonces, que las palabras de la secretaria aún hacían eco en Bahía, que todavía trataba de calmarse, cuando un grito interrumpió su espera: su nombre (femenino) atravesó el salón. Sobresaltado, se levantó en dirección al consultorio antes que los otros pacientes lo percibieran. Yo lo acompañé. Bahía entregó la ficha al médico quien examinó el material y, mirándonos, preguntó: “¿quién de los dos es Bahiana?” Bahía se presentó y el médico prosiguió: “¿el nombre social es Bahiana?” “No, mi nombre social es Bahía”. “Ah, bueno, es que yo podría haberte llamado por el nombre correcto si le hubieras avisado a la secretaria”, se justificó el médico. Bahía me miró con resignación, al final, él sí le había avisado a la secretaria.

1. En octubre de 2012 Bahía retomó formalmente la atención médica interrumpida por él mismo en 2007, a los 18 años.

Ansioso por contar su historia y obtener ayuda en el cambio de nombre, Bahia antes tuvo que recorrer el camino de la investigación conducido por el médico. Al percibir que Bahia se presentaba como *intersex*, casi como buscando un atajo, la atención del médico se volcó para el cariotipo: “¿Sabes si eres xx o xy?”² Luego de años de visitas médicas entre la infancia y la adolescencia, Bahia llevaba consigo anotaciones médicas de aquella época. De ese material que tenía entre manos, sacó un pedido de consulta del servicio de pediatría, del año 2007 y se lo entregó al médico. Luego de examinar el material, el médico exclamó: “eres xy! ¡Eres hombre! Biológicamente eres hombre, ¿está? ¡Tú genética es igual a la mía!”³

Antes de proseguir, pido al lector que imagine por un momento esta asunción, enunciada por el médico, ahora en boca de Bahia: “¡somos iguales!”. Tal afirmación sería tomada con extrañeza y podría causar recusa o rechazo por parecer irreal. Al final, la biomedicina es la que define los diagnósticos, siendo el médico a quien se le es dado el poder de nombrarse como igual y no al contrario. Por segunda vez en el Instituto de Psiquiatría (con la secretaria y ahora con el médico), a Bahia sólo le

cabía acatar lo que le era dicho. Vale la pena dejar registrado que la escena de la entrada, la violencia inicial vivida en su reingreso quedó marcada como si fuera una memoria envenenada (Das, 2007) y lo acompañó hasta el final de su trayectoria por el hospital. Ni bien entró, Bahia se confrontó con una secretaria –la primera de una serie de representantes de la ley, como el portero en el cuento de Kafka (2003)– a la que le pidió autorización para entrar, recibiendo respuesta negativa que sería mantenida hasta que se decidiera lo contrario.

El médico prosiguió en voz alta: “deficiencia de 5 alfa reductasa, cariotipo 46 xy, opción sexo masculino”. Terminada la lectura, miró a Bahia y le explicó la “diferencia de una enzima que no logra producir la hormona masculina en la cantidad adecuada”, es decir, el origen orgánico del “problema” de Bahia. Desde ese momento la consulta siguió el rumbo que Bahia deseaba desde el inicio: su presentación como hombre a pesar del registro de nacimiento y la crianza, durante su infancia, como una niña. De acuerdo con los registros previos y a la entrevista con Bahia, finalizando la consulta, el médico concluyó:

Bahia, tu caso, en realidad, no es para este lugar, para este edificio. Aquí vienen personas con problemas psicológicos, por ejemplo, una persona que tiene genitales normales, el pene normal, testículos, todo, pero quiere transformarse en mujer. O una mujer normal y todo eso, que quiere transformarse en hom-

2. Margriet Van Heesch (2009), llama La atención con respecto a cuidados tales como diagnóstico, evaluación física e, inclusive, información sobre cromosomas sexuales en el momento en que el médico investiga casos de intersexualidad.

3. Sobre el manejo médico con respecto a la determinación del sexo de un individuo y el cambio de sexo, ver Stefan Hirschauer (1998).

bre, eso por un aspecto psicológico.⁴ En tu caso es un aspecto físico, un aspecto orgánico. El mejor grupo para acompañarte es uno del hospital de endocrinología.

Con la información de que “no tenía problemas psicológicos y por eso aquel no sería el lugar indicado para ser atendido”, Bahía se despidió del psiquiatra del servicio de sexualidad. En la ficha de admisión que el médico le diera para dirigirse al área de endocrinología, notó una discreta corrección en su nombre y una anotación: “DDS”. Tal y como explicó el médico, Bahía tiene Disturbio de Desarrollo Sexual.

EN MANOS DE LOS EXPERTOS EN INTERSEXUALIDAD

Del Servicio de Sexualidad, Bahía salió de los dominios de la Psiquiatría hacia los de la Endocrinología. Ese mismo día cruzó el complejo hospitalario para dirigirse a una pequeña y concurrida recepción por donde ya había circulado en la adolescencia. Entregó la ficha de admisión que tenía en sus manos, recibiendo un turno para cuatro días después.

Ese día llegó a las ocho de la mañana, horario agendado para la consulta en el área de endocrinología. Retiró un número en la ventanilla de atención al público donde fue orientado a esperar hasta que su número fuera indicado en

el panel luminoso. Luego de tres horas de espera, en las que cabeceó, me habló de la vida y del trabajo, observó a los demás pacientes que aguardaban en los pasillos, llegó su turno. Cerca de las once de la mañana, el panel indicó su número y la sala para la cual debería dirigirse.

Al llegar, las tres médicas que lo atendieron remarcaron y cuestionaron el hecho de haber llegado ahí a través de psiquiatría. Luego de explicar su paso por la Defensoría Pública y la derivación al servicio de sexualidad, Bahía afirmó: “¡soy un hermafrodita, como ellos dijeron! Un intersex (...) mi nombre era Bahiana, pero tenía partes íntimas que no concordaban con el nombre Bahiana”. Esa era la explicación que Bahía tenía de la intersexualidad, un correlato entre la genitalidad y su nombre. Fue de este modo que se presentó al equipo que lo acompañó en los meses siguientes, mostrando saber sobre su condición *intersex* y, también, cómo los otros se referían a él: hermafrodita.

A lo largo de los tres meses de consultas que se sucedieron en las siguientes semanas, fueron averiguados todos los aspectos de la vida y del tratamiento anterior de Bahía. Las preguntas se sucedían en un escudriño que parecía infinito: de la infancia a la vida adulta, de los juegos a la vida sexual, de la escuela al ingreso en el mercado de trabajo. En la historia de Bahía, su cuerpo lo diferenciaba de sus hermanas e hermanos, a la vez que lo distanciaba de sus intereses y juegos. No encajaba en lo que se esperaba de una “niña”, pero tampoco

4. Berenice Bento (2006) discute la transexualidad y los límites de la dicotomía masculino/femenino, naturaleza/cultura.

tenía atributos que lo definieran como un “niño”, siendo excluido tanto de los espacios femeninos como de los masculinos. La revelación de su condición *intersex*, ocurrida a los 12 años en ese mismo complejo Hospitalar, le abrió un nuevo modo de estar en el mundo y una búsqueda por un lugar de reconocimiento. Bahía transitó entre lo femenino y lo masculino (el lugar deseado por él). A los 16 años, cuando la virilización de su cuerpo, bloqueada por la deficiencia enzimática, se puso en marcha, Bahía ya se presentaba como un chico y, sin uso de medicamentos o prótesis, vivenció su cuerpo y su (in)completitud, descubriendo el placer y los miedos que su diferencia corporal le proporcionarían.

Entre su historia, el diagnóstico inicial y el relato de una “sexualidad estabilizada” (tenía una relación heterosexual hacía más de tres años), Bahía, que a los 18 años “huyó” de la realización de la cirugía, garantizaba a los médicos seguridad sobre la intervención quirúrgica deseada: la construcción de genitales masculinos. A diferencia de la consulta en el instituto de psiquiatría, en la que describió sus genitales a partir de las preguntas del médico, en endocrinología, luego de la anamnesis, fue realizado un examen clínico. El cuerpo de Bahía fue observado, tocado y medido. Yo seguí todos los movimientos de indagación y percibía su expresión de dolor e incomodidad. Mientras el equipo de endocrinología buscaba tasas hormonales, cariotipos y otros exámenes previos de Bahía, la médica de urología que acom-

pañaba la consulta centraba su atención en la corrección genital.

De ahí en adelante Bahía recibió cuidados de los equipos de endocrinología y urología, concomitantemente, detentoras de saberes que garantizarían su evaluación de salud y determinarían la técnica quirúrgica a realizar en su construcción genital. En el territorio de los especialistas, su cariotipo, el diagnóstico de la deficiencia enzimática y la presencia de testículos internos fueron confirmados por exámenes. Para el equipo médico ya no quedaban dudas de que se trataba de un “hombre biológico” (Bahía y no Bahiana, como en su acta de nacimiento) y, conforme su deseo, el nombre en el documento debía ser corregido, de igual modo que sus genitales, vistos como “incompletos”.

Cumplidas las consultas, Bahía recibió informaciones detalladas sobre el procedimiento quirúrgico dirigido por el equipo de urología, para lo que debía realizarse los exámenes solicitados y aguardar ser convocado para cirugía. Como afirmó una de las médicas endocrinólogas, “siendo *intersex* era una de las prioridades”. A pesar de las certezas sobre las directivas biomédicas, el equipo dejó entrever una duda: ¿habría necesidad de derivarlo al área psicológica? Por más que los médicos concordaran en que “la consulta no sería definidora”, dada la seguridad de Bahía y del equipo sobre la realización de la cirugía, la derivación fue realizada. Bahía se presentó a la psicóloga responsable por la atención a personas *intersex* y transexuales que se

encuentran en tratamiento en el área de endocrinología.

La psicóloga, que ya lo había atendido algunas veces durante su adolescencia en su primer paso por el hospital, lo “diagnosticó” con principio de depresión, en un único encuentro de menos de 30 minutos. Disconforme con el diagnóstico basado en test, Bahía le preguntó si el seguimiento psicológico era necesario para la realización de la cirugía. Cuando le informaron que no era obligatorio porque “a los 23 años él ya sabía lo que quería”, Bahía desistió de la atención. En la puerta del consultorio cerró lo que fue la primera y última sesión. Por más que la psicóloga continuara enviándole *e-mails* y formularios en las semanas siguientes Bahía no respondió ya que, como me comentó, “aunque fuera por causa del tratamiento, yo no iba a aceptar porque me daría más dudas y yo no quiero dudas. Yo ya sé lo que quiero”.

LA INTERACCIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS

En los meses de noviembre y diciembre de 2012 Bahía continuó su periplo para la realización de los exámenes pre-quirúrgicos. En cada nuevo examen o consulta se contactaba con empleados de diferentes áreas del hospital. Cada vez que se presentaba y entregaba sus documentos percibía el impacto que causaba la discordancia entre su imagen y su nom-

bre. Al leer en el formulario que Bahía le entregaba el nombre en femenino, la persona que lo atendió en el servicio de radiología se dirigió a mí, que lo acompañaba, para dar las orientaciones sobre cómo prepararse para el estudio. La falta de cuestionamiento sobre quién era Bahiana y nuestra complicidad lo salvaron de un temido mal rato como el vivido en el instituto de psiquiatría. Sin embargo, el día del examen fue necesaria la constatación con el documento de identidad y, para su alivio, aún después de mirarlo dos veces, el empleado mantuvo la situación en reserva, acompañándolo a la sala de exámenes sin alardear el descubrimiento sobre el verdadero nombre del joven.

En otra ocasión, en el sector de extracción de sangre y luego de entregar la solicitud del examen en el mostrador, el empleado que lo recibió leyó el nombre y lo llamó nuevamente. Diferentemente de las otras personas que allí esperaban, a Bahía le solicitaron que entregara el material a la persona que lo recolectaba. De este modo no necesitó que su nombre fuera pronunciado por los alto parlantes. El procedimiento evitó que fuera notado por los demás presentes, tanto pacientes como empleados. Desde allí Bahía fue llevado directamente a la enfermera que lo atendió. En el tiempo que estuvo bajo sus cuidados ambos conversaron. Al verificar la etiqueta con el nombre “Bahiana”, ésta se sorprendió y le contó que esa misma mañana había atendido a “una mujer de 75 años, hermafrodita, que no tenía nada de hombre a pesar

de ‘tener los dos’... tenía la deficiencia también”. Bahía escuchó la historia y, educadamente, se limitó a comentar que su caso era sólo un problema en el documento de identidad. En una estrategia de preservación, Bahía no extendió la conversación ni presentó elementos que hablaran sobre sí (solo mencionó el inconveniente con su documento) y confirmaran el diagnóstico que la enfermera, por comparación, extendía sobre él.

Callado, Bahía descubría que su caso no era único. Las infidencias compartidas, esa y otras que veremos más adelante, le hicieron percibir que su condición “autorizaba” a los demás a realizar especulaciones sobre lo que le sucedía. Por consecuencia, se mantenía cada vez más silencioso.

Bahía pasaría desapercibido por las secretarías, filas, consultorios o salas de espera si no fuera por el nombre femenino. Indicado en la etiqueta pegada en los formularios, su nombre registral insistía en hacer evidente la discordancia entre sexo y género. Este era motivo de aprehensión cada vez que regresaba al hospital, ya que todas las veces recibía un tratamiento distinto. En ese itinerario, la duda en cuanto a las formas de cuidado que no recibía, la inseguridad sobre su nominación, las idas y vueltas entre especialidades que parecían no se condecir la una con la otra, la curiosidad latente en profesionales de la salud ávidos por lo exótico, dejaron a Bahía entre aprehensivo y cansado, al punto tal de pensar en desistir de vez en cuando.

“¡AHORA NACERÁS VARÓN!”

Poco más de tres meses después de su regreso al hospital y confirmando la prioridad declarada por una de las médicas, Bahía recibió la convocatoria para su primera cirugía. El día de su turno, 14 de enero de 2013, se dirigió a la enfermería del área de endocrinología. La enfermera que lo atendió le entregó la guía de internación donde, para sorpresa de Bahía, figuraba con su nombre social masculino. Orgulloso, continuó hacia el sector de internación donde debería formalizar los trámites de ingreso. Autorizada su internación, ya con las credenciales para las visitas y las etiquetas para pegar en su registro, Bahía volvió a la enfermería. Cuando la enfermera acababa de acomodarlo en la habitación, colocándole la pulsera de identificación, Bahía fue llamado al pasillo. “Tu nombre puede prestarse a confusión”, le explicó la enfermera en jefe. La intensa circulación de profesionales de distintos equipos de salud exigía que retornara al sector de internación para corregir su nombre, alegó la enfermera que, ante la reacción perpleja de Bahía, lo acompañó nuevamente a la habitación y se ausentó por unos instantes. Regresó, minutos después, con una nueva pulsera de identificación en la que constaba el nombre social y el registral, lado a lado: “(Bahía) Bahiana”. Era notorio que alguna cosa sucedía con el nombre. Parecía necesario insistir y construir una ambigüedad para que él pudiera ser objeto de los cuidados en el hospital, como si ese

dispositivo debiera construir la ambigüedad para, luego, tratarla.

Durante la internación, los profesionales que tenían contacto con Bahía y verificaban “sus nombres” en el registro y la pulsera enfrentaban la duda sobre el modo de dirigirse a él siendo que la indicación “(Bahía) Bahiana” denunciaba la presencia de lo femenino que no lograban percibir a simple vista. Las enfermeras más allegadas y que lo acompañaban diariamente comentaron –en otro episodio de complicidad e infidencia– que los casos que llegaban a la enfermería eran “de hombres que querían convertirse en mujer” (transexuales) y se espantaban al saber que él “quería salir como un hombre”, lo que convertía a Bahía, en el lenguaje de las enfermeras, en “un hermafrodita que se le ocurrió hacerse una cirugía para quedarse con un solo sexo”.

La rotación de nombre en los registros médicos de Bahía continuó dentro del hospital. El día de la cirugía, 16 de enero, mientras yo esperaba su salida del centro quirúrgico, me dirigí a la enfermera del sector para obtener informaciones. Al darle su nombre social para que consultara en la lista de pacientes y no encontrar su nombre, la enfermera me preguntó: “¿Bahiana?”. En la lista del centro quirúrgico, el nombre social había desaparecido y constaba sólo el nombre registral seguido del motivo de la intervención quirúrgica. De este modo, quien estaba en el quirófano era Bahiana para realizar, de acuerdo con lo especificado en la lista, “modificación duradera a la personalidad no especifi-

cada”.^{5/6} Sabiendo que se trataba de una cirugía realizada por el área de urología, tal y como estaba registrado en el material que tenía en la mano, la enfermera, resultándole extraña la descripción, completó: “¿debe demorar bastante!”

Luego de la intervención que duró toda la mañana, Bahía salió del centro quirúrgico acompañado por otra enfermera que empujaba la camilla. Al verificar el número de habitación para donde deberían llevarlo, se deparó con el nombre “Bahiana” y preguntó: “¿esto está mal?”. La esposa de Bahía que estaba a mi lado, le respondió: “¿y a usted qué le parece?”. La enfermera, un poco avergonzada, se defendió: “es que sólo tenemos algunos casos aislados de cambio de sexo por lo que no sabemos muy bien qué hacer con el nombre, cómo llamar a la persona. No estoy hablando de este caso, no sé muy bien cuál es el caso, en realidad...”. La imagen de Bahía se presentaba como un enigma y seguía intrigando a todos y cada uno de los profesionales que integraban el equipo de salud. Ese joven pequeño y delgado no les recordaba en nada a una mujer.

5. De acuerdo con las narrativas biomédicas (y según la clasificación de enfermedades - CID 10) la presencia de Bahía en el hospital seguía un protocolo patologizante. Por más que los médicos le hubieran dicho que su “problema” no era psicológico, fue clasificado en la categoría F 62.9, grupo de Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, Capítulo V, Trastornos Mentales y de Comportamiento.

6. Todavía se vincula indisolublemente a la identidad con la forma genital, tal y como argumentan Maffia y Cabral (2003, p. 91).

Al día siguiente de la cirugía, Bahia recibió en su habitación al equipo médico que exaltó el éxito del procedimiento. Según el jefe de cirugía del área de urología, los objetivos definidos para esa cirugía habían sido alcanzados y los genitales de Bahia ya tenían aspectos “más masculinizados”. Era el 17 de enero del 2013, día de su cumpleaños y, tal como le fuera prometido, había “nacido de nuevo y ahora era un varón.”

Bahia volvió algunas veces más al hospital para la realización de consultas, exámenes y otras dos cirugías que se llevaron a cabo el 19 de febrero y el 5 de noviembre de 2014. Ya conocido por el equipo médico y el personal del hospital, consiguió contornar los percances de su nombre registral que aún no estaba modificado, contando con la camaradería de los profesionales que le decían Bahia y lo registraban por su nombre social, aún sin él haber hecho el pedido formal al hospital. De todos modos, esto no evitaba que los médicos le reclamaran el cambio en el registro civil, ya que, como ellos le decían, la parte más importante –la corrección del cuerpo– ya había sido realizada. Los cambios corporales fueron los más urgentes para Bahia. El cambio en el documento de identidad ya es otra historia.

NOTAS FINALES

Bahia nos interpela de diversas formas. Es una historia compleja, permeada por violencias durante ese proceso. En sus

itinerarios, lejos de vivenciar el hospital como una estructura rígida y cohesa, percibo las visiones y prácticas múltiples de las estructuras clínicas y administrativas que se manifiestan en las tensiones y alternancias entre el seguimiento del protocolo de atención y el desvío de los procedimientos. Interactúan diversos factores: anatomía, fisiología, bioquímica, patología, inseguridad, presión, emociones, plazos y reglas a los que están sometidos los actores involucrados –médicos y no médicos– en los cuidados de la salud.

La historia de Bahia deja claro, a su vez, que la máquina hospitalaria parece necesitar identidades objetivadas y consubstanciadas para poder actuar. De este modo, refuerza y crea identidades para poder trabajar y atender “pacientes” que, muchas veces, no se ajustan a las definiciones biomédicas. Asimismo, el periplo de Bahia por los hospitales muestra que es posible encontrar nuevos caminos y desvíos para negociar con ese lenguaje objetivante.

La experiencia etnográfica desafía la noción del hospital como un dispositivo homogéneo que actúa sobre los cuerpos de las personas *intersex*, mostrando los conflictos entre los microcosmos, las formas diferenciadas de tratamiento y las distintas maneras en que opera la biomedicina. El hospital (o la biomedicina) no es un dispositivo homogéneo. Es cierto que actúa en una gramática héteronormativa, pero existen fisuras y espacios no rastreados que parecería que Bahia percibe e intenta recorrer. En la historia de Bahia, el hospital, y sus di-

versas instancias, se presenta como un lugar inestable. Hay allí una búsqueda por la reapropiación de las tecnologías que los hospitales le posibilitan. Los cuerpos disconformes buscan los hospitales y las técnicas biomédica, reinventando los instrumentos simbólicos que construyen lo masculino y lo femenino y rediseñando, a su vez, la gramática de género-tecnología.

Bahía no es alguien que esté exclusivamente vinculado a las mallas del dispositivo que todo lo controla, pero tampoco es pasivo frente al poder médico-hospitalario. Él actúa de diversas maneras, algunas veces acatando decisiones médicas, otras evitando discusiones u optando por no participar, algunas eligiendo a las personas con quién debe compartir su historia (o parte de ella), surcando en esas acciones, caminos inauditos.

Para finalizar es necesario decir que con Bahía aprendí que determinados actores no se encajan en lo que generalmente se imagina como “agencia”. Por ejemplo, nociones como paciencia y resiliencia (demostradas por él en todo el periplo por el que pasó) están más vinculadas a la pasividad que a la resistencia. Bahía, sin embargo, pone en tela de juicio los modelos preestablecidos de resistencia o, por lo menos, presenta otras posibilidades de pensarlos, mostrando que existen otras formas de lidiar con la exclusión y con los procesos de abyección que, en ciertos momentos, se distancian de los modelos de resistencia heroica.

REFERENCIAS

- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Borges, J. L. (1999). O idioma analítico de John Wilkins. En Borges, J. L. *Obras completas II* (pp. 92-95). São Paulo: Globo.
- Das, V. (2007) *Life and Words. Violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M (1966). *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard.
- Heesch, M. (2009). "Do I have XY Chromosomes?" En: Holmes, M. *Critical Intersex: (Queer Interventions)* (pp.123-145). England: Ashgate Publishing Limited.
- Hischauer, S. (1998). Performing sexes and genders in medical practices. In: MOL, Annemarie, Berger, M. *Differences in Medicine: unravelling practices, techniques and bodies* (pp. 13-27). Durham: Duke University Press.
- Kafka, F. (2003). Diante da lei. In: *Um médico rural* (pp. 27-29). São Paulo: Companhia das Letras.
- Machado, P. S. (2008) *O sexo dos anjos: representações práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. Tese apresentada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós Graduação em Antro-

pologia Social, pp. 266.

Maffia, D., Cabral, M. (2003). “¿Los sexos son o se hacen?” En: Maffia, D. (Ed.) *Sexualidades Migrantes – Género y Transgéneros*. Buenos Aires: Feminaria Editora.

CUERPO DIAGNOSTICADO. LA EXPERIENCIA DE UN ONCÓLOGO EN BOGOTÁ¹

DIAGNOSED BODY. THE EXPERIENCE OF AN ONCOLOGIST IN BOGOTA

RODRIGO RUIZ LURDUY*

RESUMEN

El problema del proceso diagnóstico pasa por la construcción relacional del cuerpo entre los dispositivos tecnológicos, el ojo clínico de los profesionales médicos, la experiencia del paciente, y los escenarios socio-culturales en los que ocurre la consulta médica; el cuerpo diagnosticado por tanto es la transición del cuerpo de una ontología a otra. El padecimiento y descubrimiento de la enfermedad configura el significado del cuerpo, más allá de la experiencia y en relación con un orden material, cultural, social, político y económico establecido. Las recientes transformaciones en los ámbitos médicos y biológicos están mediadas por una serie de tecnologías que han adquirido un estatus particular en sociedades híbridas como la nuestra; sus usos, especializados como vernáculos, alteran los cuerpos con que se relacionan, asignando a la perspectiva médica, y a la perspectiva del paciente, regímenes simbólicos que se crean en la interacción del proceso diagnóstico. A través de una etnografía focalizada, se presenta el caso particular de un Médico Oncólogo en Bogotá, con el objetivo de describir su experiencia en la constitución del cuerpo intervenido durante el proceso diagnóstico y la comunicación de la enfermedad.

* Antropólogo. Fundación Universitaria del Área Andina: rruiz13@areandina.edu.com

1. Ponencia presentada en el marco del VIII Congreso Internacional de Ciencias, Artes y Humanidades. Los Cuerpos del Placer y del Deseo. Santiago de Querétaro – México. Octubre de 2017.

PALABRAS CLAVE: *Proceso diagnóstico, oncología, comunicación diagnóstico, cuerpo, experiencia.*

KEYWORDS: *Diagnostic Process, Oncology, Diagnostic Communication, Body, Experience.*

ABSTRACT

The problem of the diagnostic process goes through the relational construction of the body between the technological devices, the clinical eye of the medical professionals, the patient's experience, and the socio-cultural scenarios in which medical consultation occurs; *the body diagnosed* is therefore the transition of the body from one ontology to another. The suffering and discovery of the disease shapes the meaning of the body, beyond experience and in relation to an established material, cultural, social, political and economic order. The recent transformations in the medical and biological fields are mediated by a series of technologies that have acquired a particular status in hybrid societies like ours; its uses, specialized as vernacular, changes the bodies which they are related with, assigning to the medical perspective, and to the perspective of the patient, symbolic regimes that are created in the interaction of the diagnostic process. Through a focused ethnography, we present the particular case of a Medical Oncologist in Bogota, with the objective of describing his experience in the constitution of the body intervened during the diagnostic process and the communication of the disease.

PROCESO DIAGNOSTICO

El proceso diagnóstico es parte fundamental del quehacer médico; en él la interacción con el paciente señala los elementos iniciales para el manejo y tratamiento de su padecimiento (Capurro y Rada, 2007; García Reza, Medina Castro, Solano Solano, Gómez Torres, Gómez Martínez, 2010; Gerrish, K., Naisby, A., Ismail, M., 2013; Stanley y Campos, 2013). El acto médico implica una relación cara a cara muy particular durante el proceso de salud-enfermedad de los sujetos, y el momento diagnóstico suele ser crucial, tanto para el oficio de la medicina como para la trayectoria personal del paciente (Bartoli, 2006; Blumer, 1969; Danet; Escudero; Prieto y March Cerdá, 2012; Devillard, 1990). En la primera fase tratamos, por medio de un proyecto de tipo exploratorio, indagar y describir las experiencias en el proceso diagnóstico de enfermedades crónicas de algunos médicos en Bogotá. Dicha exploración pretendió ubicar temas sensibles dentro del complejo proceso de diagnóstico a través de las narrativas de los médicos, dando como resultado el acto comunicativo mismo como una interacción digna de ser profundizada a través de una investigación de tipo cualitativo. Es así como profundizamos en las experiencias sobre el proceso de comunicación del

diagnóstico de médicos oncólogos en los Hospitales Públicos de Bogotá y la manera en que estos constituyen-generan el cuerpo enfermo.

La revisión sistemática de la literatura científica sobre el tema, como en la exploración previa en campo, mostraron el vacío descomunal en Colombia respecto a investigaciones de tipo cualitativo en el tema del diagnóstico médico y, en segundo lugar, señalaron la necesidad de dar cuenta de las experiencias y contenidos subjetivos del acto médico. Teniendo como objetivo conocer las experiencias y sus narrativas sobre el proceso de comunicación que han tenido oncólogos en los Hospitales Públicos de Bogotá y la manera en que constituyen el cuerpo enfermo, se realizaron 22 entrevistas a profundidad a distintos médicos en la ciudad como instrumento de exploración, junto al diario de campo; todo ello, dentro de una etnografía focalizada –*Focused Ethnography*– (Clifford, 1990; Cruz, y Higginbottom, 2013; Higginbottom, Pillay, y Boadu, 2013; Knoblauch, 2005). La información obtenida fue clasificada en distintas categorías como: Proceso Diagnóstico/Acto comunicativo/Constitución del Cuerpo Enfermo. Para este artículo se presenta el caso particular de un médico oncólogo de la ciudad de Bogotá, al que identificamos como *UNO*.

LA CONSTITUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El problema del proceso diagnóstico pasa por la construcción relacional del

cuerpo entre los dispositivos tecnológicos, el ojo clínico de los profesionales médicos, la experiencia del paciente, y los escenarios socio-culturales en los que ocurre la consulta médica; el cuerpo diagnosticado por tanto es la transición del cuerpo de una ontología a otra (Castillo y Tirado, 2013; Csordas, 1994; 2008; Merleau-Ponty, 1964; Mol, 2002; Turner, 1989). El padecimiento y descubrimiento de la enfermedad configura el significado del cuerpo, más allá de la experiencia y en relación con un orden material, cultural, social, político y económico establecido (Fitzpatrick, 1990; Le Breton, 1999; Menéndez, 1997). Las recientes transformaciones en los ámbitos médicos y biológicos están mediadas por una serie de tecnologías que han adquirido un estatus particular en sociedades híbridas como la nuestra; sus usos, especializados como vernáculos, alteran los cuerpos con que se relacionan, asignando a la perspectiva médica y a la perspectiva del paciente, regímenes simbólicos que se crean mediante y durante la interacción del proceso diagnóstico. (Alonso, 2009; Canguilhem, 1971; Díaz Facio Lince, Cols, 2013; Gerrish, Naisby, Ismail, 2013). En ese sentido, una enfermedad como el cáncer, se padece en el cuerpo del paciente, pero se configura a partir de múltiples elementos relacionales dados por la perspectiva médica, la tecnología y los escenarios socio-culturales en el proceso diagnóstico (Epele, 1993; García Reza, Cols, 2010; Labrador, Bara, 2004). De alguna manera el cáncer se “inventa” en

la medida en que los actores y agentes involucrados en la consulta interactúan desde sus experiencias y sus esquemas socioculturales (Castillo y Tirado, 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994). Esto es un proceso complejo que toma en cuenta las diferentes perspectivas que se crean sobre el mismo cuerpo; pues el cuerpo-objeto de la medicina oncológica y de los apoyos diagnósticos, difiere de la experiencia y corporización del mismo cuerpo que tiene el paciente que sufre la enfermedad; todo ello dentro de una configuración dinámica dada por las relaciones sociales establecidas por la diada médico-paciente, así como por las múltiples concepciones culturales significativas que se correlacionan con el cáncer. Prácticamente los “cuerpos” que se encuentran en la consulta médica para su proceso diagnóstico son diferentes; de allí la necesidad de reflexionarlos desde la ontología como objeto-actante relacional, que es uno y a la vez, es muchos. (Castillo y Tirado, 2013; Latour, 2008; 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994). El dialogo y la interacción entre los pacientes con los médicos oncólogos durante el proceso diagnóstico requiere de estudios y reflexión académica en cuanto que en dicha relación es que se constituye la enfermedad; esta involucra, el saber disciplinar del profesional, los apoyos diagnósticos resultados de la tecnología y los esquemas socio-cultural en los que se desenvuelve el paciente, además de su experiencia vital en el padecimiento del cáncer (Jaman-Mewes, Rivera, 2014; Kleinman, Eisenberg,

Good, 2006; Lancheros, 2013; Peiró, 2006; Rosas y Victoria, 2013). Identificar los elementos constitutivos de la enfermedad es un paso importante que permite reconocer su carácter complejo y profundizar en la comunicación asertiva entre los oncólogos y sus pacientes, pues la diferencia entre la enfermedad-objeto y la enfermedad-sujeto es una de las distancias que necesitan ser acortadas por la formación médica y el sistema de salud del país (Bouton, 1994; Capone, Piparo, Carapezza, 2013; Soto, 2011). A esta constitución compleja entre los sujetos actores, su experiencia subjetiva, las relaciones sociales, los dispositivos tecnológicos y el entramado simbólico de la cultura en torno al cuerpo, Ann Marie Mol (2002) la ha nombrado (practicalidad) *enactment*; señalando la síntesis que surge entre la contingencia de los objetos y la cualidad generativa de las prácticas; mostrando cómo la enfermedad adquiere identidades múltiples en la medida en que las estructuras se yuxtaponen prácticamente. Pero este *enactment*, en especial durante el proceso de salud-enfermedad no es algo que ocurra de manera pasiva en los sujetos-objetos; también señala que las personas, los objetos y los colectivos adquieren capacidades de agencia sobre los cuerpos y los procesos que en ellos se manifiestan. La ontología de la enfermedad es una “invención” constante de múltiples estructuras y actores (Castillo y Tirado, 2013; Mol, 2002; Turner, 1989; 1994)

En este proceso, los médicos oncólogos ejercen un control privilegiado; son

ellos quienes en un ejercicio de poder son capaces de invadir y examinar los cuerpos de sus pacientes para determinar el avance y estado de la enfermedad. Y son ellos, junto a otros profesionales de la salud, quienes enajenan y manipulan dichos cuerpos en los tratamientos terapéuticos a través de tocar, palpar, cortar, abrir, extirpar, suturar y medicar a sus pacientes (Niemeyer-Guimarães, Schramm, 2017). El relato que se presenta a continuación tiene el objetivo de presentar la experiencia de un oncólogo en Bogotá, y a través de él, dar cuenta heurísticamente de los dispositivos involucrados en el proceso y comunicación del diagnóstico a sus pacientes.

UNO EL RELATO DE UN ONCÓLOGO

Uno se formó en la Universidad Nacional de Colombia en el año de 1973. Se fue como todo médico a hacer su “rural” al norte del Valle del Cauca en un pueblito cafetero llamado Argelia, para ese entonces, era el único médico del pueblo. Luego, mientras encajaba en algún programa de residencia, se fue a trabajar a la Palma-Cundinamarca y a los pocos meses decidió renunciar. En Bogotá, encontró a un amigo que lo enteró de un cupo hospitalario en el área de cirugía en la Clínica Shaio, fundada en 1957 por un filántropo sirio. Trabajando allí, consiguió una residencia en el Instituto de Cancerología entre los años 1975 y 1978. Para entonces, se enfocó en cirugía de tumores, y en sus propias pala-

bras, le empezó a “gustar el cuello, pero pues también me gustaba la mama, me gustaba el estómago, me gustaba el colón. Pero me gustaba más el cuello, me apasionaba por el cuello” (Uno, 2017).

Terminando su residencia, habló con el jefe de cirugía del Instituto de Cancerología y le dijo que quería hacer su *fellow* en *cabeza y cuello*. Duró dos años esa etapa de formación, para luego viajar a Japón por seis meses y estudiar cirugía reconstructiva del cuello. Luego a Houston para hacer cirugía oncología experimental en cuello; vinculado al Instituto de Cancerología, fue también a Alemania e hizo “láser” de cabeza y cuello a través de una beca. Saber inglés para la época le abrió muchas puertas como latinoamericano. Ocupó todos los cargos que podía ocupar un médico en el Instituto de Cancerología, menos el de la dirección; se lo ofrecieron, pero no lo quiso ocupar. Fue coordinador de salas de cirugía; asistente de jefe de educación médica; jefe de educación médica; especialista agregado, subdirector; y jefe temporal de la jefatura de cabeza y cuello. Estuvo 25 años en el Instituto, hasta que un paciente al que había operado, le ofreció una silla en el Instituto de Seguros Sociales en el año 1996. Tuvo que renunciar al Cancerológico.

En el Instituto de Seguros Sociales, en la Clínica San Pedro Claver, fue cirujano general:

Hice cirugía oncología, después hice cabeza y cuello por más de veinte años, pero en cabeza y cuello yo no volvía a

tocar una barriga, no volví a ver una varice, una hernia; entonces llegué al seguro, al San Pedro Claver con el nombramiento; pero no había cabeza y cuello, así que me adscribieron a un grupo de cirugía general. Estuve dos años haciendo cirugía general, ahora lo que era programado, lo que era electivo lo hacía solamente cabeza y cuello, pero el día que estaba de urgencias tenía que hacer urgencias; entonces llegaba el tiro, la puñalada, la pancreatitis, la úlcera perforada, el apéndice. Lo que fuera y me tocaba (Uno, 2017).

En ese período logró abrir *cabeza y cuello* en el Hospital; empezó solo, junto a dos residentes de último año, uno de otorrino y otro de cirugía general, eran residentes que normalmente rotaban por cancerología por cabeza y cuello:

Allá rotan residentes de cirugía rotan residentes de otorrino, rotan de maxilofacial, rotan de plástica por cabeza y cuello porque es un área en la cual tiene interés muchas especialidades entonces pues yo ya estaba acostumbrado a eso y había manejado residentes toda la vida (Uno, 2017).

Así fundó la unidad de *cabeza y cuello* en el San Pedro Claver por el año 1998, se retiró en el 2004. Lleva 35 años en el ejercicio oncológico de *cabeza y cuello*. Actualmente no está vinculado con ninguna entidad, simplemente tiene convenio de prestación de servicios con las EPS, con Aseguradoras, con Pre-pagadas. Esas empresas le envían los pacientes, él

los revisa, los programa y pasa sus honorarios a la empresa de acuerdo al convenio que tenga.

Respecto a la relación Médico-Paciente; *Uno* está convencido de que en medicina el 50% de lo que se hace no es medicina, el 50% de lo que se hace depende de una buena relación con los pacientes. Al estar en el campo de la oncología, sabe que opera cosas complejas, tumores que necesitan ser entendidos por la gente; enfermedades que necesitan ser traducidas para el común. En esa comunicación la empatía es una clave vital para el éxito del tratamiento, porque el paciente tiene que entender “por qué tengo que hacerle barbaridades y de golpe pararlo en la cabeza y sacudirlo, tengo que plantear procedimientos invasivos, procedimientos complejos, agresivos por así decirlo” (Uno, 2017).

Por principio nunca les menciona la palabra cáncer, para él la palabra cáncer tiene unas connotaciones enormes; les habla de un tumor maligno y deja como ejercicio de interpretación por parte del paciente la relación con el cáncer. Les dice que tienen un tumor maligno y que “ese tumor puede hacer esto y esto y esto y por eso hay que hacer esto y esto y esto y hay que ir adelante del tumor” (Uno, 2017). Por supuesto, comunicando el diagnóstico, ha tenido que crear estrategias para expresarle a la gente qué es y cuál es su problema; sabe que no todo el mundo le entiende, y que a pesar de que trata de hablarles en un lenguaje sencillo “muchas veces el nivel cultural del paciente es tan pobre, tan bajo que

aun en términos más coloquiales no entiendo que es su problema” (Uno, 2017). En sus 35 años de oficio ha visto casos dramáticos, niñas, jovencitas, niños con problemas muy serios, los ha llorado; ha tenido que responder las preguntas de los papás sobre sus hijos, explicarles que es un asunto orgánico, biológico, que la enfermedad no es “un castigo de dios”.

A pesar de sus 35 años de experiencia, sabe que la medicina no es una ciencia exacta; muchas veces un examen de rutina, una biopsia, una ecografía, o un tacto, cambian el diagnóstico y la patología del paciente; sabe que hay tumores asintomáticos. Esto afecta las intervenciones, porque los cortes, las incisiones, la extirpación y los métodos difieren por caso.

Me ocurrió hace poquito unos 3 a 4 meses; una muchacha muy bonita, alta, con cuello muy largo, es un cuello que es visible y, me llegó con una biopsia altamente sugestiva de cáncer papilar de tiroides y yo leí la descripción del patólogo y, uno lo lee y es como si estuviera leyendo un texto de patología ¿sí? Esto que yo leí ahí es lo que uno ve en un texto clásico de cáncer de tiroides en cuanto a la biopsia por punción; entonces le planteó a la muchacha –además presentadora de televisión hágame el favor– le planteo a la muchacha que definitivamente su lesión es un tumor maligno: –Sí doctor eso mismo me dijeron por eso vengo donde usted en fin de que concretamos el asunto– y la opero. Le hago una cirugía para cáncer de tiroides y al final el patólogo me responde

que tiene una gran tiroiditis y que tiene una gran cantidad de ganglios que son benignos pero que son reactivos a su tiroiditis y nunca se me pasó por la mente por lo que yo leí en la biopsia que fuera una tiroiditis. Ahora no tuvo complicaciones, pero el solo hecho de someterla a una cirugía que tal vez no necesitaba fue incómodo pa’ uno y pa’ ella. Además, que yo no opero barrigas, la barriga se va a tapar con una blusa larga y listo; yo opero cuello y es una presentadora de televisión, afortunadamente me cicatrizó perfecto tiene muy buena piel y cuenta ella con una maquilladora excelente y cada vez que yo la veo en televisión, veo mi firma (Uno, 2017).

El seguimiento en su área es fundamental, el 70% de lo que hace es tiroides; un cirujano de cabeza y cuello trabaja con los tumores de tiroides, que son enfermedades supremamente crónicas. En la escuela que se formó, en el Instituto de Cancerología, era importante la parte terapéutica como el seguimiento; *Uno* les hace seguimiento a todos sus pacientes, tiene una base de datos de más de 10,000 que empieza en el año 1978. Opera y los primeros dos años si es un tumor benigno los ve cada 3 o 4 meses; con el correr del tiempo les distancia los controles. Todo el tiempo el paciente además consulta a un endocrinólogo; un médico nuclear y un oncólogo clínico. Tanto el médico como los pacientes están acompañados de un equipo multidisciplinario; las EPSS, tienen conformados los equipos previamente, y *Uno* sabe

con qué endocrinólogo, con qué médico nuclear, con qué oncólogo trabaja.

Entonces uno está rotando al paciente, pero uno está dentro del equipo y uno aporta al equipo lo que compete a su especialidad con el seguimiento; y a veces el seguimiento de uno como cirujano es un poquito más agudo que el de un endocrinólogo, porque el endocrinólogo nunca ha tenido una tiroides en sus manos, así de sencillo. ¡El endocrinólogo no ha tenido un tiroides en su mano nunca! Él ve la tiroides a través de la ecografía, a través de la gammagrafía, a través de los exámenes, pero que él sepa cómo se toca una tiroides olvídense, y entonces uno toca, y de golpe uno palpa al paciente, y ahí algo que no le gusta; entonces, pues vamos a hacer exámenes. Hagamos una ecografía, hagamos esto, hagamos lo otro, —y doctor, pero si el endocrinólogo me vio hace 3 meses o 2 meses o 1 mes y no me dijo nada— Entonces, pues yo me quedo callado, y pienso: ¿el endocrinólogo le tocaría el cuello? Yo sé que los endocrinólogos casi nunca le tocan el cuello a la gente porque el tipo no ha tenido una tiroides en sus manos así de sencillo, yo sí la he tenido, entonces uno tiene una cosa táctil ¿sí? Uno llega, hasta donde llega esa habilidad de la mano con el cerebro claro (Uno, 2017).

DISCUSIÓN

La práctica médica en oncología es quizás una de las formas modernas y complejas de constitución del cuerpo enfer-

mo y diagnosticado. El padecimiento de cáncer involucra a los médicos y a los pacientes en un proceso inventivo del cuerpo que pasa por los distintos dispositivos que provee la sociedad, la cultura y la tecnología. El cuerpo es a la vez un disfrute para el cirujano, como también un territorio de dominación y de praxis. En ese sentido no sólo la enfermedad se corporiza y marca los cuerpos, sino que la medicina hace lo propio con sus intrusiones, hasta casi personalizarlo a través de los especialistas. El cuerpo entonces es también un conjunto fragmentado por otros cuerpos que lo intervienen desde sus disciplinas, y es también representación en las ayudas diagnósticas y en el papeleo burocrático. El paciente es cada vez más cuerpo, cifra, patologías, y menos sujeto, menos agente. El oncólogo es parte activa y nuclear de la practicalidad del cáncer, la *habilidad de la mano con el cerebro* resume de alguna manera el proceso que está detrás de la constitución de la enfermedad a través de la experiencia médica.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Universitaria Área Andina. A todos y cada uno de los Médicos Oncólogos que han participado en esta Investigación. A las auxiliares de investigación, Anyely Cruz y Gioanna Cruz.

REFERENCIAS

- Alonso, J. (2009). “El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos”. *Cuadernos de Antropología Social*, 29:103-120.
- Bartoli, P. (2006). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*, 14, 71–100. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110071A>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bouton, L. F. (1994). Conversational implicature in a second language: Learned slowly when not deliberately taught. *Journal of Pragmatics*, 22(2), 157-167.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores
- Capone, A., Piparo, F. L., & Carapezza, M. (Eds.). (2013). Perspectives on linguistic pragmatics. *Springer Science & Business Media*. (Vol. 2).
- Capurro, D., & Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538.
- Castillo Sepúlveda, J., & Tirado Serrano, F. J. (2013). *Oncología y ontología: Un análisis semiótico – material del cáncer*. (Tesis de doctorado). De la base de datos Tesis Doctorales en Xarxa. (ISBN 9788449033773).
- Clifford, J. (1990). Notes on (field) notes. Fieldnotes. En Sanjek, R. *The makings of anthropology*, (47-70). Nueva York: Cornell University Press.
- Cruz, E. V., & Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher*, 20(4), 36-43.
- Csordas, T. J. (2008). Intersubjectivity and Intercorporeality. *Subjectivity*, 22(1), 110–121. <http://doi.org/10.1057/sub.2008.5>
- Csordas, T. J. (ed) (1994). *Embodiment and Experience: the existential ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Danet, A., Escudero, M. J., Prieto, M. Á. y March Cerdá, J. C. (2012). Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía. Expectativas de pacientes crónicos del SSPA. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 2, nº 2, pp. 63-77.
- Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Reis*, (51), 79–89. <http://doi.org/10.2307/40183481>
- Díaz Facio Lince, V., Flórez Ruiz, C., Córdoba Sánchez, V., Rodríguez Zabalá, D., Ruiz Osorio, M. A., Urrea Cosme, Y. & Camilo Arbeláez, C. (2013). El proceso de morir: destino y significación del diagnóstico de muerte inminente. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (39) 195-211.
- Epele, M. (1993). La relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la socie-

- dad compleja. *Revista Chilena de Antropología*, (12). doi:10.5354/0719-1472.2011.17593
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García Reza, C., Medina Castro, M. E., Solano Solano, G., Gómez Torres, D. & Gómez Martínez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1) 33-38.
- Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2285-2294.
- Higginbottom, G. M., Pillay, J. J., & Boadu, N. Y. (2013). Guidance on Performing Focused Ethnographies with an Emphasis on Healthcare Research. *The Qualitative Report*, 18(9), 1-6. Recuperado de: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol18/iss9/1>
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14(1).
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 88(2), 251-258. doi: 10.7326/0003-4819-88-2-251
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). doi:<http://dx.doi.org/10.17169/fqs-6.3.20>
- Labrador, F. J., & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 51-66.
- Lancheros Castiblanco, A. (2013) Experiencias que intervienen en la decisión de morir en casa o morir en hospital, de los pacientes con diagnóstico de cáncer y sus familias. Un estudio cualitativo en dos instituciones de salud de Bogotá y la sabana. Trabajo de grado Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de la Sabana.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia: una antropología de los modernos*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Breton, D. (1999). Aspectos antropológicos del dolor. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Menéndez, Eduardo L. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, xv (51) Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159/15905107>
- Merleau-Ponty, M. (1964). *The Visible and the Invisible*. Lingis, A. (trans.). Evanston: Northwestern University Press.

- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Niemeyer-Guimarães, M., & Schramm, F. R. (2017). The Exercise of Autonomy by Older Cancer Patients in Palliative Care: The Biotechnoscientific and Biopolitical Paradigms and the Bioethics of Protection. *Palliative Care*, 9, 1178224216684831. <http://doi.org/10.1177/1178224216684831>
- Peiró, G., Corbellas, C., Camps, C., Sánchez, P. T., Godes, M., D'ambra, M., & Blasco, A. (2006). Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 3(1), 9-17.
- Rosas, M. D. P. S., & Victoria, M. F. M. L. (2013). La corporalidad de la persona con cáncer. *Revista CONAMED*, 18(4sup), 17-22.
- Soto, R. J. L. (2011). Tecnologías del alma: Artefactos culturales de saber y poder. *Revista Trilogía*, (4), 97-111.
- Stanley, D.E., & Campos, D.G. (2013). The Logic of Medical Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine* 56 (2), 300-315. doi:10.1353/pbm.2013.0019.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: FCE.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Reis* (68), 11-40.

HISTORIA HECHA DE HISTORIAS SOBRE EL CUERPO-TERRITORIO

HISTORY MADE OF STORIES ABOUT BODY-TERRITORY

MARÍA DEL CONSUELO CHAPELA*

RESUMEN

La apuesta central de este artículo se orienta hacia el análisis del cuerpo que trasciende el carácter meramente somático que la biología le ha otorgado, para repensarlo en la extensión y la continuidad de éste a través del espacio desde una configuración sociocultural. Se traza un argumento crítico al respecto de las intervenciones con que la medicina hegemónica atraviesa y dispone los cuerpos, para llevar la problematización a múltiples niveles de la vida de los sujetos. La conceptualización de cuerpo-territorio y las implicaciones del poder en el proceso de invasión de los cuerpos y algunas alternativas de acción para enfrentar dichos procesos con miras a avanzar hacia la liberación de esos cuerpos colonizados. Todo ello a través de fragmentos de historias articuladas con apuntes de reflexión conceptual.

PALABRAS CLAVE: *Cuerpo-Territorio, espacio, medicina hegemónica, poder.*

ABSTRACT

The central commitment of this article is oriented towards the analysis of the body that transcends the merely somatic character that biology has given to it, to have a second thought in extension and its continuity through space from a sociocultural configuration. A critical argument is drawn about

* Profesora e investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

the interventions with which hegemonic medicine crosses and disposes of the human bodies, to bring problematization to multiple levels of the subjects' lives. The conceptualization of body-territory and the implications of power in the process of body invasion and some alternatives of action to confront these processes with an insight to move towards the liberation of these colonized bodies. All this through fragments of articulated stories with notes of conceptual reflection.

KEYWORDS: *Body-Territory, Space, Hegemonic Medicine, Power.*

Para iniciar este texto en relación con el tema de este número de la revista *Mirada Antropológica* –“Intervención biomédica cuerpo y salud” –, hubiera querido narrar una historia personal de terror médico en donde paso a paso se muestra la situación salvaje en que se coloniza el cuerpo desde la mala medicina.¹ No puedo hacerlo, las razones son

1. Distingo aquí entre buena y mala medicina de manera muy breve, resumida y un tanto incompleta. La buena medicina, entendida como los saberes, espacios y prácticas de curación de las dolencias humanas y del cuerpo humano, que tiene distintas vertientes, como la que llevan a cabo las y los curanderos, parteras, chamanes, médicos alópatas, homeópatas, ayurvedas, acupunturistas, las madres, y otros profesionales, es una obra de arte de la humanidad con infinidad de lienzos esparcidos en los espacios y en la historia. La mala medicina es la apropiación parcial de esos saberes, espacios y prácticas, quitando de ellos la intención de aliviar y curar las dolencias humanas y ejerciéndola de manera mercenaria para benefi-

muchas, pero la principal es que, aun cuando cambiara los nombres y lugares para conservar el anonimato de las y los involucrados, como lo manda la ética de la investigación cualitativa, las pasiones que siento cuando recuerdo esa historia saldrían a flote, revelando la identidad de quienes la vivieron e hicieron. Recorro entonces a historias que me han sido prestadas, cada una diferente, que al coserlas juntas no pierden ni su singularidad ni su dolor, a la vez que se hacen una sola historia que crece y crece conforme aumentan los retazos de vida que se van cosiendo. Mientras más grande esta historia de historias, más oculta su naturaleza invasiva, presente no solamente en grandes ejemplos de esta forma de colonización, sino en prácticamente todas y cada una de las prácticas de una forma dominante de ejercer la medicina y sus profesiones aliadas. En este escrito presento algunos retazos de esa gran historia –grande en tanto a extensa, no en cuanto honorable–, y los analizo a la luz del concepto de “cuerpo-territorio” (Chapela y Consejo, 2010) para intentar comprender algunos aspectos de la invasión y colonización de los cuerpos, perpetrada desde la institución y prácticas hegemónicas de la medicina.

cio de quienes la ejercen o de los grupos sociales, empresas o instituciones que los contratan. En el momento socio-histórico actual, el ejemplo por excelencia de mala medicina es probablemente la medicina que Eduardo Menéndez llama hegemónica (1985).

Una mesa pequeña con sus sillas de palo, una cama, el trastero y la estufa, un armario con cosas amontonadas hasta el techo, cajas y bultos por aquí y por allá, unas repisas con veladoras alumbrando a un santo, otras con la cruz de la boda, el cáliz de yeso de la primera comunión, las flores de plástico, otras fotos, los padres, los abuelos, el pueblo, en un buró el espejo, los huacales con la mercancía afuerita de la casa, mirando a unos metros el tejabán donde está el baño, los perros y las puertas de otras casas. Ahora hay silencio, la casa duerme la fatiga del día, huele a tortilla quemada y a ese olor a gas que dejan los frijoles cuando se cuecen. La escuela está cerrada porque no han ido a revisarla después del sismo. Mañana toca viajar por hora y media para asear casa ajena, papá a vender. ¿Y los niños?

Milton Santos (2000, 1996) propuso que el espacio está conformado por sistemas de objetos, prácticas e intenciones organizadas por el sentido que el ser en sociedad les otorga. Los objetos, prácticas e intenciones adquieren sentido de acuerdo con la significación que asignamos a nuestras prácticas, convirtiéndose éstas en el vínculo entre los objetos del mundo –que continuamente están siendo modificados por esas prácticas– y las intenciones que dan origen a las mismas. Los sentidos de las cosas del mundo solamente pueden ser concebidos, dilucidados, o asignados dentro de la proyección de la conciencia histórica de los seres humanos, misma que sólo es

posible dentro del conjunto social o de los grupos sociales de pertenencia de los agentes sociales individuales. Visto así, el espacio es de producción humana y está vinculado al devenir humano.

Al despertar, Esperanza se mira en el espejo, no ha logrado bajar los kilos de más después del último parto, ya hace tres años. Se sentiría bien si no oyera por todos lados que estar como ella está es malo, y dale con que comer enferma. Y como si no tuviera suficiente con lo que camina y trabaja, le entra la culpa por no hacer ejercicio. También enferma no hacer ejercicio, ¿irá a tener un infarto?, y si así fuera ¿qué sería de los niños? Con un poco de maquillaje espera cambiar su reflejo en el espejo y ser mejor recibida en la casa ajena. Era bonita cuando se parecía a las de las bandas, ahora no está muy segura. Si sigue fea, hasta el marido puede perder. Ya casi se acaba el lápiz delineador; habrá que conseguir más y de ese polvo para que no se vea el paño.

Los elementos constitutivos de los sistemas que conforman el espacio –objetos, prácticas e intenciones– encuentran su posibilidad irreducible en el cuerpo humano biológico, dado que, con base en su desarrollo neurológico, es la única forma biológica conocida con posibilidad de práctica intencionada y producción de sentido. Es decir, podemos considerar el espacio referido por ejemplo a lo planetario, a regiones, naciones, fronteras, instituciones, a grupos

sociales amplios o pequeños, barrios, géneros, etnias, familias o personas porque todos están atravesados por significados, prácticas, intenciones y sentidos. Sin embargo, si descomponemos el cuerpo humano, lo que queda son tejidos, células, ADN y componentes inertes que se relacionan entre sí y ocupan un lugar físico en el mundo físico y, sin embargo, al ser incapaces de conciencia, intención, práctica o sentido, no pueden construir espacio. El cuerpo humanizado, además de ser la unidad mínima de producción de espacio, es el lugar en donde se concretan los sentidos, intenciones y acciones humanas, individuales y colectivas (Harvey, 2000), sin las cuales no serían posibles los demás espacios ni la totalidad del espacio. El cuerpo humano es singular entre otras organizaciones biológicas en tanto que la peculiar manera en que se organizan sus tejidos, órganos y sistemas, permite la encarnación del ser como ser situado (Merleau-Ponty, 1962), consciente de su propia existencia al ser consciente de los otros, de lo otro y su finitud. A diferencia de otras organizaciones de la naturaleza, en donde podemos distinguir entre soma y cadáver—siendo soma la organización biológica en donde no es posible la conciencia y cadáver el cuerpo en cambio de organización biológica—, el cuerpo humano se encuentra en el tiempo entre el soma y el cadáver; es una bidimensionalidad biológica y subjetiva en donde el espacio no es algo apartado de él, sino una continuidad espacial en donde el ser humano se prolonga, no siendo una acción o ente

externo cuyo trabajo es la vinculación de objetos, prácticas e intenciones, sino componente del espacio mismo.

La geografía tradicional y la biología separan al cuerpo del ambiente, sin embargo, la perspectiva del espacio construido socialmente cuestiona esta dicotomía al concebir al espacio no solamente como materialidades, sino como sistema de relaciones entre las materialidades y las subjetividades, entre lo individual y lo colectivo. El cuerpo es la unidad irreducible de entendimiento, es en y desde el cuerpo que se definen las reglas para la asignación de significado a las cosas del mundo, en y desde donde se gestan las prácticas cargadas de significado e intención.²

Por la noche Esperanza ya hizo cola, llenó la cubeta y acarrió agua para bañarse y bañar a los niños, colgó el diablito para jalar luz y conectar la resistencia con la que calentará el agua. Frecuentemente se pregunta si de verdad hay que bañarse todos los días. Los niños sí, se enmugran mucho y también cuando ella está en sus días. Dicen que por las bacterias, aunque, cuando no se ha bañado, no se enferma. Podría no bañarse, pero ¿y si le dicen que huele mal? ¿Si la cachan que no se bañó?

La visión médica hegemónica piensa al cuerpo distanciado de la persona y

2. Por su cuenta, Pierre Bourdieu (1990, 1991) coincide en que toda práctica está significada y a su vez, significa al mundo.

al espacio como medio en donde existe la persona como cosa entre las cosas,³ aparte del ser, y por tanto incapaz de saber de sí misma ni de transformar el espacio desde su propia intención.

¿Qué será de los niños cuando sean grandes? Cuando pasa por la casa del sobrino que se recibió de médico – ¡tenemos médico en la familia! –, Esperanza recuerda lo feliz que estaba su hermana en la recepción, y cómo su gusto fue cambiando cuando se fue alejando de ella y de la familia. Andaba de novio y seguía viviendo en la casa. Su orgullo sigue intacto o más grande, pero ya no le puede hablar como antes y ve cómo cambia cuando se pone la bata para ver a algún paciente que por ahí le cae. Es bueno, decente y atinado, pero como que no es él.

Curiosa concepción que, además de separar el cuerpo biológico de la persona y por tanto del espacio, coloca a sus practicantes en un sitio imposible cuando pretende separarlos también de su condición de personas en la investigación y en la relación médico-paciente, como observadores insensibles, neutrales, sin intenciones personales, no-dadores de sentido, en ambientes pre-diseñados, aplicadores de normas, códigos de ética y procedimientos desde lógicas pre-establecidas.

3. Heidegger (1962) distingue entre *Sosein* la cosa entre otras tantas cosas y *Dasein*, el ser-ahí.

A veces la angustia al pensar en qué pasará con los hijos si ella falta, hace a Esperanza pedir al santo que se deje, que no le vaya como a su mamá. Su mamá está muy enferma; entre problemas y sustos le dio la diabetes. Le dijeron que su páncreas ya no funcionaba, y ni está tan vieja, ¿a los cincuenta ya es una vieja? Vio cómo empezó a sentirse mal cuando su marido se quedó sin empleo. A los cuarenta y cinco y sin estudios ya era difícil para él conseguir otro. Aunque viene de familia, un primo antes tuvo la diabetes. Ese pobre, se levantaba tres y media, cuatro, para caminar al pesero que sí salía a esas horas, en el cambio de pesero, ya como a las cinco, desayunaba su torta de tamal frito que se bajaba con atole y, cuando acababa de cobrar, una polla de jugo de naranja, huevo y jerez, con mucha azúcar, lo que le daba la fuerza para aguantar el día cargando cajas y bultos en el almacén al otro lado de la ciudad. En el día tomaba su coca, se llevaba de la grande, para aguantar. Ya molido, regresaba medio dormido a su casa y nada más quería sentarse a ver tele y que le llevaran de comer, su cerveza una vez a la semana, y su coca para completar.

En el cuerpo convergen múltiples procesos socio-ecológicos, socio-históricos e histórico-ecológicos. Vistos así, los cuerpos son seres corporeizados con capacidades semióticas y voluntad ética, arrojados en situación, con responsabilidad para cambiar la situación en que han sido arrojados y existen en la prác-

tica comunicativa.⁴ El cuerpo no es una entidad cerrada, es más bien un espacio en construcción, que se prolonga continuamente en tanto se va construyendo, una cosa relacional en un flujo de procesos, en proyecto, siempre en proyecto. Para ser lo que es, necesita relacionarse continuamente con las demás cosas del mundo, necesita que las cosas del mundo fluyan hacia él y necesita fluir hacia el mundo y esa necesidad le exige porosidad, vías para dar paso a esos flujos.

¡Ay, mi mamá! Cuánto piensa Esperanza en ella, en qué tan distinta pudo ser su vida. Pero no, así como fue, fue. Primero recibiendo órdenes de su abuela con la que la encargaba su mamá para ir a la fábrica, luego del marido, ¡cuánto miedo le daba no tenerle todo a tiempo!, debe de ser por eso que, cuando no estaba él, se la pasaba pegada a la tele, a las telenovelas y luego quería tener la casa limpia como en los anuncios, ya no hallaba qué más llevar para tenerla reluciente y eso enojaba mucho a su marido, se llevaba mucho del gasto en esas cosas. El miedo bajó un poco cuando su marido perdió el trabajo; cuando ya no quería salir, ni hablar, ni hacer nada. Entonces comenzó a pensar en trabajar cuando menos haciendo

aseos. Pero ya estaba mal, ya no pudo pasar de la ilusión de salir a trabajar, parece que la sigue teniendo. Aunque a veces su marido quería seguir mandando, no le tenía todo a tiempo como antes... hasta que recuperó el empleo.

Sin esas vías, el cuerpo se acaba. Un cuerpo que se cierra o al que se le impide fluir de dentro hacia fuera y que solamente fluye de fuera hacia dentro, definirá su intención y práctica por las necesidades instrumentales de otras personas dentro de su espacio, disminuyendo su posibilidad de construir espacio. En tanto, un cuerpo que se cierra al flujo de fuera hacia dentro, tendrá influencia efímera o poca influencia en la transformación del espacio a la vez que se reducirá como espacio. Sin embargo, la necesaria porosidad del cuerpo hace que, mientras sea cuerpo y no cadáver o soma, esté en continua transformación, siempre en proyecto, modificado desde fuera y modificando el espacio y expandiéndose como espacio mediante dinámicas más o menos subordinadas y transformativas internas alimentadas por los procesos externos (Harvey, 2000). A partir de su condición porosa y como proyecto inacabado, el cuerpo es maleable, puede tanto modificarse a sí mismo como ser modificado; incluso la modificación del cuerpo desde fuera no puede desaparecer su capacidad transformadora del espacio puesto que, al desaparecer su capacidad transformadora, lo que quedaría sería solamente soma o cadáver.⁵

5. La idea del soma como cosa, como lo que

4. Jurgen Habermas (2002, p. 15) afirma que "el pensamiento filosófico nace de la reflexivización de la razón encarnada en el conocimiento, en el habla y en las acciones". Asimismo, propone que "la humanidad tiene interés en la creación de conocimiento que le permitirá el control de procesos objetivados y para mantener la comunicación" (Held, 1990, p. 255).

Soledad, la señora de la casa a la que le hace el aseo, ya está grande, andará ahí por los sesenta. Su hijo, el mayor, tiene su propia familia y negocio en el que le va muy bien, claro, terminó su carrera en una privada. Le dio dos nietecitos. La nuera es una buena persona. La hija grande vive fuera, así que la ve como cada mes en que viene a pasar un fin de semana con sus tres hijas. Viene a México al doctor que atiende a una de ellas, la menor, que tiene leucemia. A ella no le ha ido tan bien, su marido es empleado en una oficina de petróleos. Tiene un buen puesto, pero que no paga completo los gastos de la familia y la esposa se salió de trabajar por cuidar a la enfermita. Su hija de en medio salió del país a estudiar hace como un año y todavía le falta por regresar. Soledad es una mujer que no vive como vieja, a pesar de que algunas de sus amigas le insisten en que ya tiene que quedarse en su casa y no andar en borlotes, que por su culpa se va a desbalagar la familia. Siempre ha tomado sus propias decisiones. Parece que no tiene con quién platicar, así que cuando llega la señora a hacerle el aseo, se descose contándole de su vida. Hace como más de un año le dijeron que tenía cáncer de pulmón y que con radiaciones y quimioterapia se le podría detener y a lo mejor hasta se le quitaba. Soledad ha visto cómo otras amigas con cáncer se van consumiendo

queda cuando sucede la desencarnación del sujeto, la retomo de las lecciones del Maestro Manuel Outón, profesor de la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.

ya no se sabe si por la enfermedad del pulmón o por el veneno que le ponen para matar el cáncer. Primero se estuvo atendiendo en la privada, y en menos de un año se esfumó el seguro. Terminaron las radiaciones, pero no le alcanzó para las quimios. Su marido la registró como empleada en su empresa de telas, que no va muy bien desde que entró la mercancía china, para que se pueda atender en el servicio público. Después de muchas semanas de espera, trámites, filas, papeles, finalmente le dieron cita con el oncólogo para después de tres meses. Es un tiempo en que ella tiene que decidir si toma la quimio o no, en tanto sabe que su cáncer avanza. A Soledad se le ocurrió decirle al médico familiar que pensaría si hacerse o no las quimios y lo único que logró fue que la regañaran y amenazaran; que si entonces para qué iba, que estaba ocupando el lugar de otros más responsables que ella, que si ella sería culpable de morir con mucho dolor y mutilada, que al final haría que su familia tuviera que vender hasta el perro, que iba a abandonar a sus hijos y a sus nietos, que ya mejor ni le abría la cita, y quién sabe qué más. Poco a poco se siente más y más culpable, aunque ha pensado que ya dio todo por sus hijos y que ahora tiene derecho de decidir si quiere morir de cáncer o de quimio. Luego le ofrecieron aceptarla dentro de unas investigaciones que están haciendo en el hospital, en donde están probando una supermedicina que parece que sí cura, que la hicieron en Estados Unidos y la están probando acá como gesto de

solidaridad con México, y que ella es la mejor candidata porque no encuentran viejitos sin otras enfermedades en quién probar su medicina, ah, sí, siempre y cuando se someta a todo lo que le quieran hacer. Se le ocurrió contarles a sus hijos y dos de ellos palabras más, palabras menos, le dijeron que sería una tonta si no aceptaba y que además así no les costaría. La de la niña malita, parece que entiende mejor y le dijo que ella la apoyaría en cualquier decisión que tomara. Cuando pasa por los hospitales, Soledad piensa en cuántas personas estarán ahí, haciendo filas, sirviendo para probar y vender medicinas, prolongando sus agonías y posponiendo sus muertes.

Al ser el cuerpo espacio y productor de espacio (sistemas de objetos, prácticas e intenciones), de la enajenación, del robo de sus prácticas significadas (Bourdieu, 1972), depende la acumulación del poder de dominación. El poder de dominación invade, coloniza territorios. Lo más común es considerar que las invasiones suceden en el mundo material cuando un ejército o fuerza física avanza sobre espacios u objetos físicos y se los apropia. Sin embargo, para lograr estas invasiones, se requiere primero haber invadido los cuerpos por ejemplo, de quienes serán aliados políticos –estás conmigo o estás contra mí–, quienes pondrán sus conocimientos a disposición de los invasores –por el bien, la protección o el pago mayor–, quienes conformarán el ejército –primero el honor, la patria o la nacionalización, la comida y el dinero,

los otros son enemigos subhumanos–, sus familias –dar un hijo a la patria, proteger a la familia, acabar con el enemigo, enrolamiento o cárcel, carrera profesional, o recompensa por el hijo perdido–, quienes aportarán los recursos materiales –es una buena inversión–, e, incluso, de quienes serán invadidos –por ejemplo a través de generar pánico, impotencia, inferioridad o sensación de necesidad de ser rescatados–.

Ya de regreso a casa, cuando le toca lugar, en el transporte público hay mucho tiempo para dormir o pensar, así que Esperanza vuelve a pensar en los niños. Ve a los chiquillos enrebozados en sus mamás unos y andando frente a ellas otros con la mercancía que venden de vagón en vagón. ¿De qué padre serán estos niños? Las mamás son muy jóvenes ¿sabrían de anticoncepción? Seguro que sí, si está por todos lados el asunto de no tener hijos. Y si sabían ¿pudieron hacer algo para no embarazarse? ¿Necesitaron embarazarse para salir de sus casas? ¿Nacerían esos niños atendidos por alguien? ¿Le dirían a la mamá, como le dijeron a ella misma, “¡abra las piernas, bien que las abrió para que le pusieran al escuincle!”? Y luego “me tiene que cuidar a mi niño, se lo estoy dando bien a ver si no lo echa a perder”. ¿Qué será de ellas y de sus niños? Mmm... ¿Cuándo abrirán la escuela? En eso le llama la atención una conversación de unas jóvenes que, a juzgar por el uniforme, la edad y como hablan, están estudiando enfermería. Cuentan que un señor

entró al pabellón de dermatología, con una bola como del tamaño de una de es-tambre grande colgando de un pellejito del labio de arriba. El señor, un hombre solo, salió a la ciudad a quitarse esa bola porque se daba de trompones, así decía, cuando andaba con su mula cultivando su campo. Calculó por mucho una semana, y esa comida le dejó. Lo admitieron al hospital aclarándole el privilegio que le hacían al admitirlo y cómo su pago sería ser buen paciente. Pues pasó una y muchas semanas y nada. Decían las muchachas que se lo podrían haber quitado en consulta externa, es decir, sin dejar en el hospital al hombre, sin embargo, era tan espectacular la bola que los médicos consideraron necesario y muy importante tomarle fotos, presentarlo en sesiones, escribir cosas, hablar de la bola, medirla, pesarla y quién sabe qué más. Luego de que le quitaron la bola, esperaron a que cicatrizara por completo la herida y que saliera el bigote para mostrar con sus fotos qué bien hecho les había quedado el corte en la línea del bigote. Al fin les hicieron notar a los médicos que el señor ya no hablaba, ya no comía, ya no le importaba nada; entonces los médicos lo reprendieron por no estar feliz con su línea del bigote íntegra. Los médicos hicieron sus publicaciones y fueron, supone Esperanza, más importantes. La mula se murió y no sabemos si el señor se iría con ella. Entonces recordó que hace unos cuantos años, cuando todavía de novios, su actual marido andaba de chofer en el taxi rentado, se le llenaron

las manos de hongos que todavía no se le terminan de quitar. Y eso fue porque lo obligaron a utilizar guantes de plástico porque decían que con eso de la gripe aviar todo contagiaba. ¡Cómo asustaron a todos en esos días! Casi casi parecía que íbamos a desaparecer de la tierra los humanos. En esos días si salía la gente a la calle sin trapito en la boca, se le quedaban viendo, la señalaban y se alejaban. Como si el trapito los fuera a salvar; hasta la fecha cuánta gente sigue comprando el alcohol de frasquito y los mentados cubre-bocas. Pero también sabe, porque lo comentaban los taxistas que entre todo el pasaje no habían escuchado a uno solo que hubiera tenido un familiar o conocido con la tal gripa, que eso de la gripe aviar no todo mundo se lo creyó y que al paso de los años fueron saliendo cosas sobre todo lo que ganaron y se siguen ganando los laboratorios trasnacionales. Lo que también sabe, es que en esas semanas de la gripe aviar, nadie hablaba de otra cosa, ni de asesinados, ni de narco, ni de corrupción, ni de venta del país, ni de nada.

Es así, que el territorio principal a ganar es el cuerpo, que una vez invadido, estará en condición de ser controlado en sus intenciones, sentidos y prácticas, con lo que el poder dominante construirá los sistemas de objetos, prácticas e intenciones necesarias para invadir los demás territorios. El cuerpo entonces se vuelve cuerpo-territorio siempre en la mira de la avaricia del poder de dominación. Bourdieu lo explica argumentando que la ac-

ción del poder siempre estará dirigida a la conquista de las cosas, como actos de despojo imprescindiblemente llevados a cabo mediante violencia física o simbólica dado que se perpetrarán desde quienes detentan mayor volumen de capital, con lo que dominan el sentido del juego, las reglas del juego, la tasación de los capitales, los mecanismos de inclusión y exclusión de los campos (Bourdieu y Wacquant, 1992). Esa violencia sucede sobre los agentes que juegan en los campos, violentando sus prácticas significantes, es decir el cuerpo como espacio, el cuerpo-territorio. Foucault (1979) por su cuenta, diría que el cuerpo es el sitio del ejercicio del poder. El poder reduce a los cuerpos a cuerpos-territorio, invadirlos y sacar de ellos prácticas funcionales a la acumulación de capital y la construcción de espacios favorables a sus fines colonizadores, es su prioridad. Desde luego, los cuerpos-territorio también son dispensables y eliminables mediante violencia física cuando se convierten en obstáculo para la invasión. La violencia de la invasión del poder hegemónico, es calculada, organizada, técnicamente concebida para dominar y controlar el cuerpo-territorio desde él mismo, mediante tecnología política del cuerpo (Foucault, 1999; 2002).⁶ Michel Foucault argumenta:

6. Foucault (1979) también sostiene que, en el mundo actual, para lograr la conquista del cuerpo es necesario no solamente a través de su mortificación, sino produciendo y controlando el placer y el deseo.

Los historiadores hace mucho comenzaron a escribir la historia del cuerpo. Han estudiado al cuerpo en el campo de la demografía o la patología: lo han considerado como el lugar de las necesidades y apetitos, como el *locus* de procesos y metabolismos fisiológicos, como el objetivo de los ataques de gérmenes y virus... Pero el cuerpo está también directamente involucrado en un espacio político; las relaciones de poder de inmediato lo atrapan; invierten en él, lo entrenan, lo torturan. Lo obligan a realizar tareas, a actuar ceremonias, a emitir signos (1979, p. 259).

Ve la hora, ya es tarde y el tráfico no deja avanzar, ya quiere llegar a recoger a los niños, si no los recoge pasará como lo que dice el dicho: el muerto y el arrimado a los tres días apestan. Los niños, ¿en qué acabarán? Del sobrino, ahora médico, intuye que la misma carrera lo cambió. Hablaba con ilusión de su carrera y contaba muchas cosas en donde se sentía feliz y aprendiendo. Desde el principio se dio cuenta de que iba a ser difícil seguir pensando en ayudar a los demás siendo médico, que era lo que quería. En las primeras semanas después de haber empezado sus estudios, mientras un maestro le daba razones para poner a la medicina al servicio de la gente, otro les dio toda una clase sobre cómo cobrar las costuras que le podrían hacer a la gente. Más tarde llegaba todo cansado de sus guardias, contaba entonces cosas no tan lindas como las maravillas del cuerpo y las posibilidades de ayudar. Así supimos cómo

algunos enfermos gritaban para que los dejaran morir y cómo se sentía inútil para ayudarles a hacer su voluntad o de perdida no interferir con su derecho de muerte; tenía que ponerle los medicamentos que sabía no lo salvarían de la muerte, sino no más la entretendrían. Alguna vez intentó interceder por un joven con SIDA que ya no tenía salvación, todos lo sabían, hasta la familia y el mismo moribundo. Lo que consiguió fue un regaño por no luchar hasta lo último, le dijeron. Por lo que iba aprendiendo, se daba cuenta del desperdicio de medicamentos, aparatos, estudios, personal, tiempos de internamiento de los pacientes, que se daban por seguir las normas, los procedimientos, llenar formularios, ignorar a los familiares y otras cosas. Y peor en la consulta externa, en donde no salía ningún paciente sin receta. Su sobrino no era tonto, se daba cuenta de la cantidad de cosas que se hacían que no beneficiaban ni a los estudiantes, ni a los enfermos, ni al presupuesto público, ni a los trabajadores, ni a las familias; a los únicos que beneficiaban era a los dueños de laboratorios y empresas y a los políticos. Pero todos en el hospital lo hacían si se los ordenaban. Aunque no todas las guardias eran iguales, en algunas lo obligaron a mantenerse de pie aun cuando no había chamba, incluso le llegaron a cerrar sobre las manos el libro en el que intentaba estudiar, le pegaban en las manos con los guantes cuando se equivocaba al hacer algún procedimiento, o lo obligaban a hacer guardias dobles y hasta triples. Lo lle-

garon a poner a dar consulta pediátrica en la tarde en urgencias formando en dos filas a las mamás con sus niños cargando: en una los que venían con diarrea, en otra los que tenían catarrros y cosas así. Tenía que tener preparadas recetas para una y otra cosa en donde nomás llenaba el nombre del niño y su edad y se las iba dando a las mamás que estaban formadas. También cuando estaba aprendiendo a curar niños, llegaba triste porque tenía que amarrarlos a sus cunas aun cuando ya tenían tres, cuatro y cinco años y estaban en condiciones de caminar y hacer otras cosas. El arma con que lo obligaban a hacer todo lo que le decían era la calificación e incluso la amenaza de expulsión del hospital. Ojalá y si alguno de los niños quiere ser médico, piensa Esperanza, nos alcance para ayudarle con su carrera y que le toquen otros hospitales y otros maestros. ¿Habrá para entonces mejores hospitales y mejores maestros?

Todos los seres humanos existimos como cuerpo, estamos investidos con el poder de la construcción del espacio y ese poder es el que se desea con intención de dominación, por tanto, somos todos y todas cuerpos-territorio con la posibilidad de ser invadidos (Brenkman, 1987). Los invasores no están exentos de esta característica humana, por lo que también estarán en la mira de otros invasores. El mundo actual, en donde el meta-poder es el mercado (Bourdieu y Wacquant, 1992), se requiere de la invasión de los cuerpos-territorio para lograr

cuerpos-consumidores. Esta invasión se logra conquistando las necesidades de las personas, las familias, los grupos sociales y creando nuevas necesidades. La cancelación de la fluidez del cuerpo de dentro hacia fuera genera el anquilosamiento del saber de personas y grupos, la cancelación de epistemologías alternativas, generando dependencia del cumplimiento de las necesidades creadas que se resuelven mediante el consumo de la oferta del mercado. El mercado necesita de cuerpos dóciles, que definan su manera de vivir, de sentir, de ordenar sus espacios y expresar sus deseos (Harvey, 1989); que se conviertan en cuerpos-reproductores de esas definiciones a través de haber interiorizado todo eso como lo que Bourdieu llama *habitus*.⁷ Todo esto forma parte, como relaciones sociales de producción y consumo, de las complejidades de la producción del espacio (Lowe, 1995). El poder de dominación también necesita mercancía para vender, quien la produzca y maneras de hacer que circule para llegar al sitio en que será consumida. Para esto tendrá que colonizar y acumular cuerpos-territorio a la vez productores y distribuidores de cierta mercancía y consumidores de otra. Al tiempo en que el poder de dominación logra esta colonización diferencial de

cuerpos reproductores-productores-distribuidores-consumidores, también define diferencias en la manera de necesitar, consumir y tener cómo consumir y con esto en la condición y reglas de las relaciones de producción y consumo.

Caminar, correr, caminar, entrar, recoger a los niños, pasar por algunas cosas para la cena, alzar lo que quedó de la mañana, cantar y jugar un poco con los niños, platicar sobre el día de unos y otros, poner a coser lo que haya que coser, juntar y ponerse a lavar la ropa, ya mero termina de pagar las mensualidades de la lavadora, unas palabras con las vecinas, recibir al marido, ayudarle a descargar los huacales, un poco de plática, baño, cena, dormir niños, hacer cuentas, intimidad. Parece que cada día es el mismo que el anterior y no, hoy Esperanza ha reflexionado, vivido, amado, hoy se ha expandido. Entre olor a frijol cosido, la casa duerme la fatiga.

Como proyecto inacabado, desde la inherente porosidad relacional del cuerpo humano con la que alcanza su continuidad con el espacio (Harvey, 1996); como ser productor de conocimiento y por tanto con capacidad heterodoxática y de construcción de campos de opinión (Bourdieu y Wacquant, 1992); como ser de práctica comunicativa intencional en la construcción de conocimiento producido desde sus intereses emancipadores (Habermas, 1987); como ser de responsabilidad y lenguaje capaz de cambiar la situación en la que aparece en el mundo

7. Bourdieu (Bourdieu, 1972) llama *habitus* a los sistemas de percepción, pensamiento, apreciación y actuación inculcados e la persona a través de procesos repetidos y simultáneos de inculcación de contenidos doxáticos desde distintas agencias del poder.

(Heidegger, 1962); como sitio objetivo de ejercicio del poder (Foucault, 1999); el cuerpo convertido en territorio por la acción del mercado se resiste a esa acción. Esta resistencia se puede explicar por las razones inherentes al mismo ser humano que hacen imposible la conquista total de los cuerpos-territorio, y por el hecho de que, de acuerdo con Harvey (2000), la pérdida de diversidad de los espacios como producto de la acción restrictiva sobre los cuerpos para la producción del espacio, tiene como resultado una disminución de la gratificación social.

La invasión puede modificar de maneras diferentes la porosidad de los cuerpos para disponer de ellos. Puede contener, controlar o cancelar el flujo de las posibilidades transformadoras de los espacios y puede controlar el flujo hacia los cuerpos. Sin embargo, mientras el cuerpo sea tal, no se podrá cancelar la acción de cambio de sus proyectos, intenciones, sentidos y significados. La acción colectiva de reflexión, diálogo y acción es una manera de contener los flujos invasores a la vez de mejorar la porosidad de los cuerpos, logrando la construcción de espacios que hablen de una manera distinta de enfrentar a los poderes de dominación y avanzar en los procesos de liberación de los cuerpos colonizados (Cerdeña, 2010). El cuerpo no dejará de estar en la mira de la avaricia del poder, dada su condición de cuerpo-territorio, sin embargo, tampoco será posible su colonización total, en especial cuando la acción colectiva se

convierte no solamente en una defensa, sino, mucho más allá de eso, en la expansión de los cuerpos en la concreción de proyectos de emancipación.

REFERENCIAS

- Brenkman, J. (1987). *Culture and domination*. Londres: Cornell University Press.
- Bourdieu, P. ([1972]1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Londres: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Londres: Polity Press.
- Bourdieu, P y Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Cerdeña, A. (2010). Procesos emancipadores y acción colectiva en salud. En Chapela, M. C. y Cerdeña, A. *Promoción de la salud y poder* (147-156). México: UAM-X, DCBS.
- Chapela, C. y Consejo, R. (2010). Cuerpo – territorio. En Chapela, MC. y Cerdeña, A. *Promoción de la salud y poder* (96-123). México: UAM-X, DCBS.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Barcelona: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós/ I.C.E.-U.A.B. Colección Pensamiento Contemporáneo 7.
- Foucault, M. (2002). *Hermenéutica del*

- sujeto*. Buenos Aires: Altamira.
- Habermas, J. (2002). *Teoría de la acción comunicativa I. Racionalidad de la acción y racionalización social*. México: Taurus.
- Habermas, J. (1987). *Knowledge and human interests*. Londres: Heine-
mann.
- Harvey, D. (2000). *Spaces of hope*. California: University of California Press.
- Harvey, D. (1996). *Justice, nature and the geography of difference*. Londres: Blackwell.
- Harvey, D. (1989). *The condition of post-modernity*. Oxford: Blackwell.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. Nueva York: Harper and Row.
- Held, D. (1990). *Introduction to critical theory. Horkheimer to Habermas*. Cambridge: Polity Press.
- Lowe, D. (1995). *The body in late-capitalist USA*. Carolina del Norte: Durham.
- Menéndez, E. (1985). Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, III, 8:263-296.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Barcelona: Ariel.
- Santos, M. (1996). *De la totalidad al lugar*. Barcelona: Oikos-tau SA.

GOBERNANDO LA VULNERABILIDAD: (IN)SEGURIDAD Y CONTROL NEOLIBERAL

GOVERNING VULNERABILITY: (IN)SECURITY AND NEOLIBERAL CONTROL

CLAUDIO IBARRA VARAS*
MAURICIO GONZÁLEZ VILLARROEL**

RESUMEN

La noción de vulnerabilidad ha motivado una serie de análisis y debates que modifican las consideraciones y el tratamiento de la pobreza, diseñando nuevas formas de comprender e intervenir lo social. Este artículo explora la emergencia del concepto de vulnerabilidad social y sus implicaciones en el ámbito de la biopolítica, la gubernamentalidad y el control de las poblaciones en el contexto neoliberal.

PALABRAS CLAVE: *Vulnerabilidad, biopolítica, gubernamentalidad, neoliberalismo, control.*

ABSTRACT

The notion of vulnerability has motivated a series of analyzes and debates that modifies the treatment and considerations of poverty, designing new ways of understanding and intervening the social. This article explores the emergence of the concept of social vulnerability and its implications in the field of biopolitics, governmentality and the control of populations in the neoliberal context.

KEYWORDS: *Vulnerability, Biopolitics, Governmentality, Neoliberalism, Control.*

* DEA Historia de la Subjetividad, Académico del Departamento de Filosofía de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Santiago de Chile, claudio.ibarra@umce.cl

** Profesor de Filosofía, Académico del Departamento de Filosofía de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación de Chile, rene.gonzalez@umce.cl

En los últimos 30 años la noción de vulnerabilidad se ha instalado con fuerza alrededor de lo social, formando parte de la discursividad de distintas disciplinas, propiciando ejercicios de teorización, movilizándolo el campo social, el económico y el político. Ahora bien, recientemente, la noción de vulnerabilidad ha tenido un vuelco crítico a partir de los trabajos de Judith Butler, Adriana Cavarero, Isabell Lorey, entre otras, para explicar los modos del reconocimiento, las formas del cuidado, el impacto en los cuerpos, al interior de un marco del ejercicio desatado de la violencia en el capitalismo contemporáneo. La noción de vulnerabilidad ha tenido un rendimiento conceptual y práctico desde diversos sectores del conocimiento, por ejemplo, la economía, la sociología y la filosofía, que consideran enfoques completamente distintos, pudiéndose advertir traslapes, principalmente en el ámbito de las ciencias sociales, que en su uso y operatividad unifican el concepto, tomando definiciones muchas veces antagónicas. Se puede evidenciar por ejemplo que, por una parte, en Estados Unidos y en Europa, la formulación de la vulnerabilidad está relacionada con el concepto de precariedad, desarrollado a partir de la crisis del estado de bienestar; por otra parte, en los llamados “países en desarrollo” o tercermundistas el concepto habla de relación con la transformación de los enfoques relativos a la pobreza, con lo que en uno u otro lado del mundo (los que muchas veces coinciden en un mismo lugar) plantear el concepto de

vulnerabilidad remite a cuestiones completamente distintas.

El artículo que presentamos a continuación no pretende realizar un examen comparativo o diferenciador de los distintos usos de esta noción, tampoco pretende sancionar qué definición del concepto debe aplicarse de acuerdo a las distintas realidades, el propósito es mucho menor y acotado, tiene que ver con presentar la emergencia e instalación del concepto de “vulnerabilidad social” como disposición estratégica en el ámbito de una gubernamentalidad neoliberal.

El texto se encuentra dividido en dos partes, la primera aborda la emergencia y la instalación del concepto de vulnerabilidad social en el ámbito de la economía y la intervención social, diagramado principalmente para los llamados países “en desarrollo”; la segunda explora las implicancias del uso económico-social al interior de estrategias gubernamentales de control biopolítico de las poblaciones y los individuos. Lo que proponemos, en este examen acotado, es realizar una “memoria corta” que dé cuenta de la emergencia de la noción de vulnerabilidad sobre finales de la década de 1980, y su despliegue durante la década de 1990, cuestión que propició una verdadera transformación del tratamiento de la pobreza. En este trazado tomaremos el análisis del discurso gubernamental como herramienta metodológica, la cual nos permitirá recuperar los acontecimientos de enunciación que efectúan las políticas neoliberales de control, a partir de la instalación del concepto de

vulnerabilidad como estratégico en el plano del gobierno y gestión de la vida. Por último, y teniendo en cuenta que la idea de vulnerabilidad social ha movili-zado una serie de debates y una enorme producción de literatura, hemos tomado la decisión de trabajar principalmente con aquellos discursos que marcan los inicios de la discusión acerca de la vulnerabilidad social.

EMERGENCIA DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL

El desplazamiento del concepto de pobreza

Una de las primeras cuestiones que debemos considerar es que pobreza y vulnerabilidad no son lo mismo, aunque actualmente ambas palabras son ocupadas indistintamente, en su significado específico distan de ser sinónimas. La noción de pobreza se refiere a un estado que es propiciado por la escasez de ingresos monetarios, lo que provoca dificultades en los hogares para satisfacer necesidades básicas de tipo alimentarias o materiales; el enfoque de la pobreza se relaciona habitualmente con la carencia en el ámbito del ingreso y del consumo, existe por lo tanto, la posibilidad de realizar un enfoque objetivo que permite medir y clasificar la pobreza tomando los datos de ingreso y consumo de los individuos y hogares, como nos plantea Caroline Moser en su texto *Gente del Barrio, Vidas Extraordinarias* (2010)

esta forma convencional se ha instalado por décadas como el mejor indicador para medir la pobreza. Desde esta mirada, el ingreso y el consumo marcan un “umbral” que separa lo que se incluye al interior de la pobreza y aquello que se le escapa, esta medida es la que marca la conocida “línea de la pobreza” y que delimita dos enclaves, los que son resultado de una selección de bienes mínimos para la subsistencia de un hogar, teniendo en consideración el cálculo de los precios de dichos bienes, de esta manera quienes sobrepasan el límite fijado en la relación ingreso-consumo quedan fuera de la consideración de pobres, mientras que quienes no la superan quedan capturados, fijados, sometidos al límite de la pobreza. El enfoque tradicional de la pobreza intenta identificar, como dice Andrea Lampis (2010) en un artículo sobre la vulnerabilidad social: “cuántos” pobres existen, “dónde” están, “dónde se concentran más”, en otras palabras el enfoque de la pobreza busca fijar, emplazar, identificar a los pobres, mapearlos, localizarlos, remite principalmente a una idea espacial, por tanto estática, en donde el enfoque de la pobreza durante todo el siglo XX no pregunta respecto de la pobreza misma, sino que reduce el fenómeno solo a la medida, es decir, lo hace operar como un indicador técnico sin la más mínima reflexión.

La transformación de los modos de producción, el paso de una era industrial a una postindustrial e incluso virtual, la irrupción de nuevas formas de trabajo, la deslocalización de la economía y las

áreas de producción, el impacto del capitalismo global, la expansión de la financiarización, la ideología del “Estado mínimo”, el extractivismo descarnado, las guerras –la mayoría de ellas como instrumento de una estrategia imperial de explotación salvaje–, han expuesto a las poblaciones –principalmente de las zonas más pobres del planeta– a amenazas e inseguridades permanentes y cada vez más intensas. Los nuevos riesgos que han sumido en la pobreza a una gran masa de la población han propiciado una crítica a la forma convencional irreflexiva de medición de la pobreza, dando paso a un nuevo enfoque, que pretende explicar y contrarrestar los efectos del “modelo de desarrollo” (impulsados por Naciones Unidas, el FMI y el Banco Mundial). Ante el *impasse* que genera la medición de la pobreza, en relación con un mundo otro, que genera distintas formas sociales, se hace necesario para los economistas interrogar los modos de análisis de la pobreza, para así propiciar formas de superación de ésta. Teniendo en consideración la rigidez del concepto de pobreza, surge el enfoque de la vulnerabilidad, el que pretende aportar elementos flexibles y dinámicos, lo que permite una mayor inteligibilidad y adecuación a problemas que el enfoque monetario y el de consumo dejaban fuera. Poco a poco la línea que divide a los pobres de los no-pobres comienza a ser borrada, y la noción de vulnerabilidad comienza a adecuarse a los procesos económicos y sociales que se materializaban ya en la última década del siglo xx. Ahora bien

¿de dónde surge esta idea de vulnerabilidad como relevo de la pobreza? ¿Qué elementos se encuentran en juego? ¿Qué novedad aporta respecto de los enfoques convencionales?

Después de revisar una amplia bibliografía respecto a la temática de la pobreza y la vulnerabilidad, nos hemos percatado que de las distintas ideas que están en juego en la configuración de la noción de vulnerabilidad social, dos son las ideas que a nuestro parecer le dan su tono singular: lo que se ha denominado, por una parte, el “enfoque de capacidades”; y por otra, el concepto de “riesgo”.

El enfoque de capacidades

El “enfoque de capacidades” es desarrollado por el Premio Nobel de Economía de 1998 Amartya Sen, a partir de la investigación respecto al problema de las hambrunas, en relación con los conceptos de pobreza y desigualdad, este trabajo publicado en 1981 bajo el título *Poverty and Famines*. En términos generales la propuesta de Sen desplaza el origen de las hambrunas, las que no serían producidas por la escasez de alimento, sino que su génesis estaría dada por una falta de “capacidades” de los individuos, esta falta de capacidades es lo que les impide a las personas acceder al mercado laboral, de alimentación, etcétera, lo que se suma además a las “bajas dotaciones de capital” del que disponen. Después de analizar el problema del hambre en Bengal, Etiopía, Bangladesh, Amartya Sen,

comenta la relevancia de la protección de las capacidades en los sujetos pobres, pues “estos casos muestran dramáticamente la importancia de las variaciones de las titulaciones en casos de vida y muerte (un papel que no puede adjudicarse a variables como el índice de disponibilidad de alimentos o la producción per cápita)” (citado en Urquijo, 2008, p. 279). Sen entiende por capacidades, tal cual nos indica Adela Cortina en su artículo *El deber de erradicar la pobreza*: “(el) conjunto de vectores y funcionamientos que refleja la libertad sustantiva del individuo para llevar un tipo de vida otra, lo que realmente puede hacer y ser” (Cortina y Pereira (eds), 2009, p. 19). De esta manera, lo que está en juego en la irrupción de la perspectiva de Sen es una transformación que se da al interior del concepto de pobreza y que implica de manera radical a los pobres; el pobre, pasa de ser el sujeto que sufre las acciones exteriores, a ser un sujeto que ejecuta las acciones que lo determinan, de acá que el planteamiento de Sen busca principalmente dotar a los sujetos pobres de las capacidades básicas para “llevar adelante los planes de la vida que tenga razones para valorar” (p. 19). El giro propuesto por Sen es total, trasladando las causas de la pobreza a factores internos del individuo, sus elecciones; por sobre las causas externas, afectaciones que pudieran causarlas. Con esto se pasa desde un enfoque de la pobreza centrado exclusivamente en las necesidades, a otro sustancialmente distinto basado en las capacidades, en donde solo a partir

de la liberación de las necesidades de los individuos estos podrán ser agentes de sus vidas, en otras palabras, podrán ejercer plenamente la libertad de ser y de hacer (libertad de agencia) a partir de aquello que se valora (Sen, 1999, p. 72). En este diseño el individuo es el único agente posible para conseguir su plena realización, la libertad verdadera determinará la posibilidad del éxito (p. 80). Esta libertad de agencia es individual, negando toda posibilidad del colectivo, y la intromisión de cualquier colectivo en la capacidad de agencia del individuo, como afirma Adela Cortina “el colectivismo es inadmisibles” (Cortina y Pereira (eds), 2009, p. 27). para Sen es importante la agencia, pero no como autonomía sino como libertad, la que se funda en la economía. Las posibilidades de elección hacen posible “el ser y el hacer”, es decir constituyen a un sujeto provisto de oportunidades, lo que implica repensar la desigualdad, tema decisivo en el pensamiento ético del economista bengalí. Es importante destacar que el enfoque de capacidades, por una parte, se distingue de la economía del bienestar, en tanto esta última centra su atención en los ingresos, la riqueza y las utilidades (Sen, 1999, p. 19), y por otra parte, difiere de la evaluación individual/social basados en bienes elementales, los recursos o el ingreso real, dado que estos son medios para conseguir fines y no fines en sí mismos (p. 56), lo importante en este pensamiento no tiene que ver con las “materialidades”, sino que con la capacidad de funcionamiento que tiene

el individuo para alcanzar estos bienes. El énfasis está puesto en la libertad de elección, como componente valioso de la existencia, en donde la libertad de oportunidades para elegir y acceder a estos elementos, e incluso la capacidad de funcionamiento, permiten la posibilidad de elegir entre distintos modos de vida (p. 54); apuntando así a la libertad como tal, en donde actuar libremente y poder elegir favorecen el bienestar (p. 65) y el desarrollo humano. Este planteamiento es la base para la generación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) basado en las capacidades.

La noción de Riesgo

En el libro *Vulnerabilidad: el entorno político, social y económico de los desastres*, escrito por Blaikie, Cannon, Davis y Wisner (1996), encontramos referencias al uso de la noción de vulnerabilidad en la década de 1970, este uso se origina por el rechazo a la hipótesis de que los desastres son causados por fenómenos naturales externos, lo que lleva a una revisión de las hipótesis que plantean que los desastres no son normales. La manera ampliamente difundida para entender los desastres y las catástrofes hasta los años 70, era principalmente naturalista, es decir las catástrofes se originaban a partir de la violencia desatada de la naturaleza contra el ser humano, lo que significaba una especie de determinismo ambiental justificado por una “racionalidad limitada” del ser humano

que generaba una insistencia por habitar espacios propensos a generar desastres. Por su parte, Karlos Pérez en un completo análisis sobre vulnerabilidad y los desastres, nos indica que la aparición del neomarxismo, y en especial, los trabajos de Samir Amin en el debate respecto del tercer y primer mundo en torno a la idea de centro-periferia desde las formas de dominación y dependencia del capital, el ingreso de la idea de “clase” que fractura la idea de “naturalidad” de los desastres provocados por fenómenos naturales; son las determinaciones de explotación del capital y el factor humano, que a consecuencia de determinaciones socioeconómicas, generan los desastres, los que ya no serían naturales sino humanos (Pérez, 1999). El ingreso del “factor humano” en la evaluación de los riesgos, ante la presencia de determinados fenómenos naturales, generan una ecuación de la que va a resultar el grado de vulnerabilidad de las poblaciones. Así desde los años 1970 “el riesgo afrontado por la gente tiene que considerarse como una combinación compleja de vulnerabilidad y amenaza o peligro” (Blaikie, 1996, p. 30), de esta manera el desastre (acontecido) o el riesgo (por acontecer) es el resultado de una ecuación que combina vulnerabilidad y peligro, puesto que si hay una amenaza, pero la vulnerabilidad es mínima, las posibilidades de ser afectado por algún evento es mínima, al igual que si no hay amenaza habiendo vulnerabilidad, en cambio cuando se combinan ambas la “catástrofe” es inminente.

El denominado “factor de riesgo” en relación a los desastres y catástrofes, es uno de los elementos fundamentales que propician el arribo de la vulnerabilidad en lo social. Una aproximación primera a la noción de riesgo, tal como la define Juan Moreno Crossley, es “un *factor potencial* de generación de perjuicios o daños que, a futuro, pueden afectar directa o indirectamente a individuos o colectivos humanos” (Moreno, 2008, p. 17), el riesgo, entonces, así descrito tiene que ver con un fenómeno potencial incubado en el seno de los individuos y/o colectivos, en el cual la probabilidad más o menos cierta de acontecer puede desencadenar series de amenazas y peligros.

Por otra parte, desde mediados de la década de 1980 se comienza a formar una verdadera “sociología del riesgo”, de la que Ulrich Beck es uno de los exponentes primeros, en su famoso libro *La sociedad del riesgo* (1998), Beck describe la sociedad contemporánea como aquella que se encuentra atravesada y dominada por la lógica de la producción y el reparto de los riesgos, en donde la producción de riquezas que dominaba la escena de la sociedad industrial quedaría desplazada por este otro modo de producción. La modernidad avanzada para Beck, en su reproducción científica técnica va acompañada de la producción de riesgos, en consecuencia, los riesgos se multiplican, al igual que la promesa de seguridad que busca conjurarlos o aminorarlos. De esta idea podemos desprender que en la sociedad industrial con la producción de riqueza lo

que quedaba fuera de esto (o dependiente de esto) es la pobreza, en cambio en la sociedad del riesgo lo que está en juego no es la pobreza sino la vulnerabilidad. Beck piensa el reparto del riesgo a partir de tres elementos principales, un primer elemento serían las situaciones sociales, en las que está implicada la amenaza y el peligro; un segundo elemento guarda relación con la multiplicación de saberes que tienen como objeto el riesgo; y el tercero se vincula a la creación de un *bigbusiness* del riesgo (28). Beck caracteriza los riesgos de la modernización como universales (p. 34) en el que los riesgos son “condensaciones matemáticas de nociones heridas de la vida digna de ser vivida” (Beck, 1996, pp. 19-34) el riesgo al tener que ver con la posibilidad tiene una consideración principalmente hacia el futuro.

La vulnerabilidad Social

La crítica a la pobreza, como umbral y medida basada en las necesidades, los ingresos y el consumo, realizada por el “enfoque de capacidades” de Sen, sumada a la reflexión respecto a los desastres y la caracterización de nuestra sociedad como una sociedad del riesgo, nos sitúan en los bordes del concepto de vulnerabilidad social, sin embargo, hasta el momento no hemos abordado ¿qué se dice?, o de otro modo ¿qué se pone en práctica cuando aludimos a la vulnerabilidad social? Teniendo en consideración que el debate en torno a la vulnerabili-

dad es mundial, dada su implementación como indicador “alternativo” que aporta a una consideración compleja de la pobreza, y que por lo mismo cada región ha tenido un debate al respecto, hemos considerado para nuestro trabajo de explicación del concepto, principalmente los planteamientos de Robert Chambers y Caroline Moser, puesto que ambos son quienes han marcado, de una u otra manera, las consideraciones de la vulnerabilidad social, especialmente en América Latina y el Caribe. En segundo lugar, hemos considerado los discursos del Banco Mundial y la ONU dado que son estas entidades quienes dictan las pautas mundiales en el diseño e intervención de la vulnerabilidad, en lo que se ha llamado la “lucha contra la pobreza”.

En el año 1989 Robert Chambers, investigador del Instituto de Estudios sobre Desarrollo de Brighton en Sussex Inglaterra, publicó el boletín “Vulnerability: How the Poor Cope?” en el que compila varios artículos de distintos investigadores en relación a un concepto emergente: la vulnerabilidad. Estas investigaciones tenían como punto de partida distintos estudios realizados sobre la pobreza rural. En una muy breve introducción al boletín cuyo título es “Vulnerability, coping and policy, Chambers” (1989) da cuenta de la vaguedad del término vulnerabilidad, el que ya era utilizado por el léxico de los “desarrollistas”, constatando que el término vulnerabilidad se considera muchas veces como un sinónimo de pobreza. Apartándose de estos equívocos Chambers es categóri-

co en indicar que en ningún caso ambos conceptos pueden considerarse como sinónimos, como vimos anteriormente el enfoque de la pobreza centrado en los indicadores de ingreso y consumo corresponderían, según Chambers, tal como lo describe Caroline Moser, a una “visión rígida y reduccionista al servicio de las necesidades tecnocráticas de los profesionales del desarrollo, pero que era incapaz de hacerse cargo de las complejas y diversas realidades locales en que están inmersos los pobres” (2010, p. 19). Al alero de este rechazo de la visión “tecnocrática” y reduccionista de la pobreza, Chambers se atreve a plantear, no solo la necesidad de cambio de enfoque, sino que también esboza una definición de vulnerabilidad en torno a los conceptos de “indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, shocks y estrés” (Chambers, 1989, p. 1), para finalmente definir el término como “la exposición a contingencias y estrés, y la consiguiente dificultad para afrontarlas. La vulnerabilidad tiene por tanto dos lados: uno externo, de los riesgos, shocks y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y un interno, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar (la situación) sin pérdidas perjudiciales.” (p. 1). Desde esta definición podemos asumir que la vulnerabilidad, en primer lugar, se encuentra ligada profundamente a la noción de riesgo y, en segundo lugar, reconoce dos fuentes de la vulnerabilidad que serían uno externo determinado por las amenazas y otro interno caracterizado por la indefensión. Desde

esta perspectiva podemos afirmar que la vulnerabilidad al estar unida a la idea de riesgo tiene un reverso, una contracara que es la seguridad. Vulnerabilidad, en este sentido, no solo va aparejada con el riesgo, sino que crea un lazo con la seguridad el que se puede formular como: a mayor seguridad menor vulnerabilidad y viceversa.

Por su parte Caroline Moser, doctora en Economía de la Universidad de Sussex, quien se desempeñó en los años noventa como una activa colaboradora del Banco Mundial en temas relacionados con pobreza urbana, realiza aportaciones que marcan la traza del concepto de vulnerabilidad social, en diversos textos como el informe “Situaciones Críticas: reacción de cuatro comunidades urbanas pobres ante la vulnerabilidad y la pobreza” publicado por el Banco Mundial en el año 1996, y otro más recientes como “Gente de Barrio” del año 2010, que surgen de investigaciones de campo con poblaciones urbanas de zonas pobres típicas de Zambia, Ecuador, Filipinas y Hungría. Es posible apreciar en estos textos una continuidad del enfoque de capacidades de Amartya Sen. Acoplándose al trabajo de Sen, el trabajo de Moser más que ajustarse a un análisis macroeconómico de la pobreza, desciende al nivel de un “microanálisis empírico” que presta atención particularmente a los individuos y los hogares, en correlación a sus capacidades para manejar las situaciones o eventos que constituyen vulnerabilidad, poniendo especial énfasis en la idea de gestión de activos,

el que se denomina *enfoque de activos/vulnerabilidad*.

Moser en el estudio realizado en In-dio Guayas, Ecuador, en 1992, define vulnerabilidad como “la inseguridad y susceptibilidad en el bienestar de individuos, hogares y comunidades frente a un entorno cambiante e, implícito en ello, su capacidad de respuesta y resiliencia frente a los riesgos que enfrentan con ocasión de tales cambios negativos” (2010, p. 21). En esta enunciación es posible ver la continuidad con Chambers en torno a la idea de riesgo, sin embargo, Moser remarca los factores internos que provoca la vulnerabilidad, poniendo en el centro de su enfoque las capacidades, junto con elementos de la misma subjetividad de los individuos. En este sentido, los distintos cambios a los que están expuestas las poblaciones pobres generan una mayor cantidad de riesgos e inseguridad, y “una consiguiente reducción de la autoestima” (p. 21), por tanto, la “capacidad” de respuesta ante el *shock* que pueden provocar los cambios se convierte en un factor clave en lo que respecta a la vulnerabilidad. Es en relación a las capacidades de los individuos y hogares para resistir y/o sobrellevar las amenazas y los riesgos, que Moser introduce la idea de posesión de “activos”, los que se entienden como “la existencia de recursos financieros, humanos, naturales y sociales que pueden ser adquiridos, desarrollados, mejorados y transferidos de una generación a otra. El concepto de “activos de capital”, o también llamados “dotación de capital”,

incluyen activos tangibles los que pueden ser físicos, financieros, humanos, sociales y naturales, y también los intangibles los que se definen desde elementos “aspiracionales”, psicológicos, y políticos” (p. 18).

La idea de vulnerabilidad que introduce Caroline Moser implica, en un primer momento generar los medios para identificar las amenazas y los riesgos en un tiempo y espacio en que las situaciones son cambiantes, y en un segundo momento, la necesidad de identificar y producir las capacidades para responder a las transformaciones del medio que producen efectos negativos afectando a los individuos y hogares, por lo que “mientras más activos se tenía, menos vulnerable se era; mientras mayor era la erosión de los activos mayor su inseguridad” (p. 21). Por tanto, nos explica Moser:

La capacidad de evitar o reducir la vulnerabilidad dependía no solo de los activos iniciales, sino también de la capacidad de administrarlos y transformarlos en ingresos, alimentos, u otros satisfactores de necesidades básicas... Concluí que los pobres eran gestores estratégicos de complejas carteras de activos (p. 22).

Los activos de capital son el centro del andamiaje de la propuesta de Moser, ya que son estos los que permiten enfrentar los “riesgos (*sensitivity*) o adaptarse a ellos (*resilience*)” (p. 22).; eso sí, siempre y cuando los pobres tengan o adquiera-

ran la capacidad de convertirse en “gestores estratégicos” de los activos que poseen. Lo que resulta novedoso en este enfoque es la radicalización práctica de los postulados de Sen, en cuanto a que la capacidad de gestión de activos de capital por parte de los pobres, tiene como principios el fomento de la “empresa” individual y de hogares, la integración al mercado laboral de sectores que no eran considerados del todo productivos como las mujeres, los ancianos, los jóvenes y los minusválidos, y la diversificación en la obtención de recursos, terminando por consolidar una forma de intervención en torno a la pobreza, que dinamiza y amplía el espectro de la intervención de la pobreza desde la idea de vulnerabilidad. El enfoque es multidimensional y busca “identificar y promover mecanismos que refuercen las oportunidades y reduzcan los obstáculos” (p. 24), desde la idea de agencia de Sen, lo cual permitiría la gestión y acumulación de activos por parte de los pobres. A diferencia del planteamiento de Chambers, el anverso de la vulnerabilidad no es la seguridad, sino que va a estar ligado a la capacidad.

La micropráctica económica que plantea Moser, recogiendo los planteamientos de Sen y Chambers principalmente, generará un vuelco en el análisis y la intervención sobre la pobreza, desplazándola de una dimensión estanca hacia una dimensión dinámica, pero la radicalidad del planteamiento y su novedad se encuentra en la consideración inédita de los pobres como poseedores y gestores de activos, lo que implica pa-

sar de una relación proteccionista con la pobreza, a una relación que pone en el centro a los pobres; el movimiento tiene que ver con desplazar la generación de la pobreza desde el exterior hacia un plano interior. Ruben Kaztman en el documento preparado para la CEPAL llamado *Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades* de 1999, achaca a la propuesta de Moser un cambio que va desde “qué podemos hacer por los pobres” hacia el “qué pueden hacer (éstos) por ellos mismos” (Kaztman, 1999, p. 24).

El traslado de la pobreza identificada con su “umbral” hacia una idea multidimensional, que considera factores de riesgo, capacidades, activos, empoderamientos, etc. lejos de ser marginal, se instala en el centro de la discusión socio-económica, diagramando las políticas sociales de intervención para los países en desarrollo. Tanto la ONU como el Banco Mundial han asumido la promoción de una verdadera “política económica de la vulnerabilidad” para los países tercermundistas. Dos, de los muchos documentos que vienen a consolidar esta política económica, son el *Informe sobre la situación social en el mundo 2003. Vulnerabilidad social: fuentes y desafíos*, publicado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas en el año 2003 y el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la Pobreza*, publicado por el Banco Mundial en el año 2001. En ambos informes la vulnerabilidad es considerado como un enfo-

que estratégico para “la lucha contra la pobreza”, en el que los diagnósticos son compartidos en relación a la necesidad de flexibilizar el enfoque de la pobreza, y en el reconocimiento de la poca precisión y la falta de rigor técnico en el uso de las políticas sociales, lo que dista de la rigurosidad teórica y la alta elaboración con que se utilizan en las obras de análisis, coincidiendo además en las definiciones de vulnerabilidad con base en las ideas de riesgo, capacidad y activos (Naciones Unidas, 2003).

Un elemento que destaca el mencionado informe de las Naciones Unidas es que “la vulnerabilidad existe en todos los niveles y dimensiones de la sociedad y es parte integrante de la condición humana, por lo que afecta tanto a cada persona como a la sociedad en su totalidad” (Naciones Unidas, 2003, p. 7). Con esto podemos constatar el hecho de que la sociedad del riesgo nos afecta a todos, en cuanto la condición humana es vulnerable, vale decir, es un rasgo intrínseco del ser humano, con lo cual la vulnerabilidad borra la línea de la pobreza, ampliando las posibilidades de afectación dependiendo de la exposición al riesgo y las capacidades que se tengan, en consecuencia, la evaluación de la vulnerabilidad:

Pone de relieve quién es propenso a ser vulnerable, en qué medida y por qué, y refleja un planteamiento que abarca todo el ciclo vital, en el que se reconoce que la vulnerabilidad de la persona puede variar a lo largo de la vida (p.12).

La propuesta (exigencia) que tanto la ONU como el Banco Mundial realizan a los gobiernos de los países en desarrollo para la “lucha contra la pobreza” es la promoción de los “microcréditos”, así la ONU propone “modificar las políticas de crédito para permitir a las personas de edad, las mujeres y los jóvenes que deseen establecer sus propias empresas, tener mayor acceso al microcrédito, y a planes de préstamos de otro tipo” (p. 57). Por su parte, el informe del Banco Mundial, junto con promover esta práctica, identifica tres ventajas de su uso: a) Esta herramienta permite estabilizar el consumo en situaciones de crisis; b) Evita la venta de activos de capital y permite reemplazarlos en caso de desastre, y c) Los programas de microfinanciamiento, no solo permiten a los hogares superar las eventuales crisis, sino que propician dotarles de los activos de capital para la creación o la ampliación de microempresas (Banco Mundial, 2000). Esta base empresarial que potencia el microcrédito bancario debe tener como principal objetivo diversificar las fuentes de ingresos de los más pobres, con lo cual se reduce la vulnerabilidad ante los eventos fluctuantes que pueden desencadenar el riesgo de los mercados, los desastres naturales, etc. El fomento de los microcréditos conecta el sistema bancario a sectores de la población marginados por el modelo económico de las finanzas, ampliando con esto su radio de acción.

LA LÓGICA DE LA VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO NEOLIBERAL

Una vez descritas las teorías que conforman finalmente el concepto de vulnerabilidad social y esbozado de manera general su plan de acción, nos encontramos en condiciones de hacer un análisis respecto a los supuestos que levantan la noción de vulnerabilidad y la ubican en el centro de la diagramación de la política económica social para el tercer mundo.

Una de las primeras indicaciones en torno al concepto que queremos relevar es que la vulnerabilidad no es un mero indicador socio-económico, que se suma a otros tantos que dan cuenta y nutren las discusiones en torno a la pobreza, por el contrario, es un indicador biopolítico clave, desde el cual se diseñan y diagraman una infinidad de intervenciones de las poblaciones, especialmente para los países en desarrollo. En este sentido, y de acuerdo con Mauricio Lazzarato, en *Por una política menor*, reconoce que el biopoder “tiene como objetivo la gestión de la vida, pero en el sentido en que busca reproducir las condiciones de existencia de una población” (2006 p. 79). El ingreso de la noción de vulnerabilidad en la generación de disposiciones específicas para las poblaciones pobres implica, por una parte, integrar aspectos vitales que en el enfoque basado en las necesidades y el consumo quedaban fuera, como son la inseguridad, los miedos, las capacidades, la resiliencia, la psicología, etc. y por otra, requiere perfeccionar e

intensificar sus procesos de vigilancia sobre estos mismos aspectos, los que no habían sido considerados hasta ahora. La vulnerabilidad social ubicada en el seno del biopoder contemporáneo, debe procurar una ramificación intensiva de sus terminales de vigilancia y control en estas zonas antes desprotegidas o abandonadas por el gobierno de lo social, en donde la capacitación, los seguimientos, el crédito, y las ONGs van a cumplir un papel fundamental. La “vida vulnerable” copa, en la actualidad, totalmente el discurso de lo social. De acuerdo con la ampliación y dinamismo de sus operaciones permite un control en diversas escalas de las poblaciones: a diferencia del control (y exclusión) en bloque del enfoque tradicional de la pobreza, los enfoques basados en la vulnerabilidad permiten un control generalizado pero que se administra diferencialmente. Una de las cosas que está en juego en la movilización del concepto de vulnerabilidad por la biopolítica, tiene que ver con lo que acertadamente nos presenta Antonio Madrid, en un artículo recientemente publicado en el libro *Políticas del Sufrimiento y la Vulnerabilidad*, titulado *Vulneración y Vulnerabilidad*. En su texto Madrid nos expone que la operación biopolítica de la vulnerabilidad produce una “asepsia socio-política... enmarcada en un higienismo actualizado, el que trata de contener la contaminación que pueden representar los excluidos” (Solé, Pie (eds), 2018, p. 64). En este sentido, lo que hay es una limpieza de los elementos negativos que presentan otras

nociones que se refieren a la pobreza como “pobre, desahuciado, excluido, marginado, preso, desadaptado, moroso, indigente, pordiosero, tirado, desamparado, mendigo, analfabeto, maltratado, explotado...” (p. 64); la vulnerabilidad higieniza lo social, excluyendo por medio de un maquillaje inclusivo el resto no deseado. Esto nos lleva a que la palabra vulnerable, tal como lo expone Madrid, neutraliza aquello que denota, la torna impotente, le resta su fuerza discursiva: vulnerable son los pobres, vulnerables son quienes gobiernan, vulnerables somos todos, y en ese sentido la especificidad del problema de la pobreza queda capturado en una forma empática de reconocimiento inmovilizante, “decir que alguien es vulnerable evita en ocasiones utilizar términos que describen contextos desagradables, que amenazan con contaminar al espectador” (p.64) .

Por otro lado, la biopolítica tiene como objetivo producir y garantizar la seguridad de lo social (Lazzarato, 2006), pero en la medida que busca la seguridad crea también el “medio” en el que se va a desarrollar, es decir, el riesgo, la inseguridad y la peligrosidad; estos medios que va a atacar la biopolítica securitaria, no son determinaciones extrínsecas a la biopolítica, sino que son producidas por ella. Michel Foucault, en una entrevista que le realizara Robert Lefort en 1977 que se titula “La seguridad y el Estado”, expone:

Ya no nos encontramos en el orden de los accidentes cubiertos por la sociedad

“aseguradora”; estamos en presencia de una acción política que “inseguriza” no solo la vida de los individuos sino la relación de éstos con todas las instituciones que hasta el momento los protegían. De allí la angustia provocada por el terrorismo. Angustia en los gobernantes. Angustia también en las personas que otorgan su adhesión al Estado, aceptan todo, los impuestos, la jerarquía, la obediencia, porque el Estado protege y garantiza contra la inseguridad (2012, p. 51).

Ejemplo de esto es el llamado “Consenso de Washington” de 1989, en el cual se despliegan una serie de medidas para afrontar la crisis para los países desarrollados que se encuentran bajo el régimen del Fondo Monetario Internacional, El Banco Mundial y los Estados Unidos de Norteamérica. Estos paquetes de medidas motivan una política del “mínimo Estado”, liberalización, desregulación de los mercados, entre otras, estas disposiciones más que funcionar como remedio ante la crisis, son las que generan un fuerte sismo que remece los ya inestables mercados de los países del tercer mundo, generando una inseguridad laboral y produciendo profundas condiciones de riesgo en la población. La circularidad de esta operación que describimos toma como base un principio de seguridad, el que permitiría conjurar los peligros producidos por las mismas disposiciones que los producen. En relación a lo mismo, Isabell Lorey en *Estado de Inseguridad*, publicado en el 2016, plantea que “la seguridad de la comunidad

es regulada mediante la integración de un peligro potencial neutralizado y domesticado, que a su vez es coproducido mediante técnicas de seguridad para su propia legitimación” (p. 55), por lo que la inseguridad “se torna en un modo normalizado de gobierno” (p. 75).

Esta biopolítica de la vulnerabilidad en torno al riesgo instala *el medio* seguridad/inseguridad, juego de producción y conjuras que se debe gestionar y gobernar. Este solo es posible, como plantea Michel Foucault en el curso *Seguridad, Territorio, Población* (2006) a partir de un despliegue de mecanismos de previsión, herramientas predictivas y aparatos estadísticos), por lo que la biopolítica de la vulnerabilidad más que simplemente excluir, busca integrar a los pobres en el espacio social, generando conductas específicas por medio de mecanismos reguladores diferenciales. Este es el papel que desempeña la inducción del enfoque de capacidades de Sen, sumada a la de activos de Moser, en los individuos, en donde la adquisición de capacidades permitiría garantizar la seguridad de los sectores vulnerables, en relación a eventos aleatorios o posibles crisis. “en este contexto, los discursos de seguridad no pueden prescindir de los parámetros de la amenaza y la fuente de peligro, al objeto de legitimar su inmunización” (Lorey, 2016, p. 55).

Las sociedades de seguridad se distancian de la sociedad de disciplina, esta consideración va a implicar dos cuestiones claves para nuestro análisis. La primera tiene que ver con que, de acuerdo

al análisis realizado por Foucault en el curso del año 1977-78, la sociedad de disciplina es “esencialmente centripeta”, lo que quiere decir que su función es eminentemente la de “aislar un espacio y determinar segmentos”, por lo cual el ejercicio del poder en la disciplina tiene que ver con “concentrar, centrar, encerrar” (Foucault, 2006, p. 66); por el contrario, los dispositivos de seguridad son “centrífugos”, es decir, “se integran sin cesar nuevos elementos, la producción, la psicología, los comportamientos, las maneras de actuar, [...] se integra el mercado mundial” (p. 67). La vulnerabilidad como operación, más que fijar un espacio de la pobreza, desde la traza de una línea que determina un lugar o una posición determinada al interior de lo social (en este caso pobre o no-pobre), funciona integrando elementos diversos, lo que dinamiza el fenómeno, ampliando el espectro social, integrando elementos diferenciales, a modo de flujo no encasillado en la pobreza. La segunda cuestión clave en la ruptura de las sociedades de disciplina respecto de la sociedad securitaria, es que las primeras funcionan “sin dejar escapar nada” en cambio el dispositivo de seguridad “deja hacer” (p. 67), este desplazamiento es clave puesto que este “dejar hacer”, de largo recorrido en la tradición liberal, se convierte en un elemento crucial para nuestro examen, dado que así como el enfoque tradicional de la pobreza fija; por el contrario, el enfoque de la vulnerabilidad, “libera”. Para explicar esto es importante considerar que el enfoque

de las capacidades de Sen, se basa en la “libertad de ser y hacer”, que es aquello que constituye la capacidad de agencia del individuo, única forma (la agencia) de poder manejar diferencialmente el riesgo. El paradigma de la seguridad, antes que la administración de las cosas, lo que tiene en mente es la “libertad de los hombres” en donde la libertad “no es sino el correlato de la implantación de los dispositivos de seguridad” (Cocco, 2012, p. 157). Como nos recuerda Giuseppe Cocco en el libro *Mundo Braz*, en el paradigma de la seguridad:

La libertad es, al mismo tiempo, reconocida, individualizada y “naturalizada”. Es un conjunto de fenómenos que funciona como una naturaleza que es preciso “manipular, suscitar [...] facilitar [...], es decir, gestionar, ya no reglamentar” La vulnerabilidad, como dispositivo de gobierno de la pobreza, tiene como base la producción de libertad de agencia de los individuos, no reglamentando las políticas de combate a la pobreza, sino produciendo de manera dúctil, flexible, maleable, las capacidades económicas en los individuos. En el momento en que los “economistas de la vulnerabilidad” recurren a la libertad, lo hacen como un “elemento indispensable para la propia gubernamentalidad (pp. 157- 158).

Una de las posiciones importantes que se está imponiendo en el cambio de enfoque de la pobreza al incorporar la dimensión biopolítica de la vulnerabilidad, como lo plantea Lazzarato, es el paso “del aná-

lisis de la estructura, del proceso económico, al análisis del individuo, de la subjetividad, de sus elecciones y de las condiciones de producción de su vida” (2005, p. 5). El enfoque de la vulnerabilidad entendido desde la biopolítica, disuelve la estructura rígida de la pobreza, al igual que el componente extrínseco que la determina; a cambio de eso, enfatiza las elecciones del individuo, las que repercuten en las condiciones de producción de “las formas de vida”. En este sentido el enfoque es radical, puesto que desmonta el asistencialismo alojado en la pregunta “qué podemos hacer por los pobres”, replanteándolo en el vuelco que mira hacia el individuo como productor de su propia vulnerabilidad, en donde la interrogación tiene que ver con “qué pueden hacer (estos) por ellos mismos”, que toma como pilar las razones que los individuos pobres tienen, como nos sugiere Adela Cortina, para “elegir y valorar sus acciones”. Lo que debe asegurarse no es la protección exterior del individuo, sino que administrar la libertad y seguridad que surge en torno a la producción del riesgo. Ahora bien, es importante preguntarse ¿a qué racionalidad obedecen las elecciones de acciones para determinadas condiciones de vida? Responderemos a esta pregunta con Lazzarato trabajando a Foucault: “a las leyes del mercado, al modelo de la oferta y la demanda, al modelo de costos/inversiones que están generalizados en el cuerpo social entero” (2005, p. 6). El análisis del enfoque de la vulnerabilidad nos enfrenta a:

Un modelo de relaciones sociales, un modelo de la existencia misma, una relación del individuo consigo mismo, con el tiempo, el entorno, el futuro, el grupo, la familia, en el sentido en que la economía es el estudio de la manera en que se otorgan recursos raros a fines alternativos (Foucault, 2008, p. 278).

De esta forma el gobierno que toma en cuenta la vulnerabilidad biopolítica se realiza “respetando las libertades” del individuo en relación a la agencia, a la inversión y el mercado, cuestiones que se han generalizado a todo el cuerpo social. Por tanto, a diferencia de la gestión de la pobreza, la gestión de la vulnerabilidad requiere de la libertad, libertad que ha de ser fabricada, producida, incrementada, lo que implica un amplio despliegue de dispositivos de subjetivaciones y coacciones (Foucault, 2008, p. 85); pero donde este “plus de libertad” no se logra sin un “plus de control” y fundamentalmente de “intervención”, de esta manera, el control es el principio motor de la libertad (p. 88).

El enfoque de la vulnerabilidad emerge del interior del liberalismo, es un dispositivo que amplía las relaciones mercantiles y las insta en los límites de lo social. Para esto se apoya en la “libertad de ser y hacer”, pero para que sea posible esta “libertad” debe ponerse en marcha una vigilancia constante —en este caso— de los pobres, y esto se logra bajo el modelo de la intervención permanente de lo social, como nos indica Lazzarato “la gubernamentalidad no

debe gobernar lo menos posible, sino apuntar a la construcción de un “Estado social”, un Estado económico al servicio de la socialización, de una valoración cuyo blanco es, ante todo, la sociedad” (2015, p. 101). De este modo, y siguiendo a Foucault, la política social no será la socialización del consumo y de los ingresos, cuestión que ya ha quedado desplazada con la crítica al enfoque de la pobreza de Sen, Chambers y Moser, lo que nos queda en su reemplazo es otra forma de “lo peor”, puesto que la política social es la “privatización”, tal y como lo indican los desarrollos de los enfoques de la vulnerabilidad. De esta manera, queda fuera de lugar una política en que la sociedad proteja a las personas contra los riesgos, por el contrario, se procura generar “capacidades” en los individuos para problemas devenidos de lo social, por lo que cada individuo tendrá que procurarse sus titulaciones, agencias, activos y formas de gestión, para poder autoasegurarse frente a las amenazas y riesgos “e incluso contra los riesgos de la existencia” (Foucault, 2008, p. 178). En este sentido, la propuesta de Moser, seguida por el Banco Mundial y la ONU, expresadas principalmente en la idea de Desarrollo Humano, vienen a consumir en el plano de la pobreza, el anhelo de los neoliberales descrito por Foucault, el de impulsar una política social que no realiza un reparto de ingresos entre sectores diversos, sino una forma de capitalización individual, en todos los sectores, de ahí que la acumulación de activos de capital para ha-

cer frente a los riesgos; en consecuencia con esto, se intenta generar en cada individuo un espacio económico para poder afrontar los riesgos (p.157), visualizando claramente la individualización de lo social que, como dice Lorey, “es el presupuesto del gobierno de los cuerpos y del sí mismo de tipo occidental y liberal.” (2016, p. 39)

La política social que se propone es una política social privatizada como pudimos apreciar en los discursos de Sen, Moser, el Banco Mundial y la ONU. Nos preguntamos entonces, ¿De dónde provienen estas ideas de privatización social? ¿qué idea de sujeto está detrás de esta propuesta “alternativa”? Creemos estar ahora, no solo en condiciones de plantear estas interrogantes, sino también de esbozar una respuesta. Estas ideas están basadas en el liberalismo, pero en su actualización del siglo xx, que combina el ordoliberalismo alemán y el neoliberalismo norteamericano. El rasgo distintivo de esta forma, tiene que ver con el rescate de la idea de *homo aeconomicus*, en donde lo que “se intenta reconstituir no es el hombre del intercambio, no es el hombre consumidor, es el hombre de la empresa y la producción” (Foucault 2008, p. 182). Con esta idea de base las disposiciones del enfoque global de la vulnerabilidad social arman una trama de intervención social en que las ideas de capacidad para adquirir activos de capital, la competencia con otros sujetos (empresas), la concursabilidad por recursos (siempre limitados y exclusivos) y el emprendimiento (como

impulso del trabajo precario), producen una subjetividad en donde el individuo asume la forma empresa en relación a sí mismo y en relación a los otros (familia, hogar, barrio, etc.)

Sen, Chambers y Moser, y desde ahí las propuestas del Banco Mundial, la ONU, la CEPAL, etc. ponen como fundamento de la intervención social de la pobreza, las ideas desarrolladas a mediados de la década de 1970, por el Premio Nobel de Economía Gary Becker, el vuelco subjetivo de la producción de un sujeto entendido como un *homo æconomicus* empresarial exige la adquisición de una serie de competencias, cuestión que va a proporcionar la teoría del capital humano, en donde la novedad de este planteamiento es generar una especie de “mutación epistemológica”, como la denomina Foucault, en relación al liberalismo y el trabajo, en la que el capital y su poseedor (el trabajador), resultan indisociables en el ámbito del trabajo, cuestión que con la inclusión de cuestiones como la aptitud e idoneidad en el proceso productivo, terminan por generar una adecuación del trabajador con el trabajo mismo (Foucault, 2008). Por tanto, el movimiento que se realiza deja de lado la concepción de alienación en el trabajo, de este modo, y a partir de la idoneidad, la máquina no está afuera, por el contrario, el hombre encarna la máquina produciendo flujos de ingresos, por consiguiente, aquello que comienza a articularse es un sujeto empresario de sí mismo, y esto:

En la práctica, va a ser el objetivo de todos los análisis que hacen los neoliberales: sustituir en todo momento el *homo æconomicus* socio del intercambio por un *homo æconomicus* empresario de sí mismo, que es su propio capital, su propio productor, la fuente de [sus] ingresos (p. 278).

Los movimientos descritos por la instalación de la idea de vulnerabilidad en relación a la seguridad, desemboca en un sujeto de la pobreza que debe dar el paso a convertirse “empresario de sí mismo”, deberá adquirir tanto para él como para su familia un hogar, las capacidades necesarias para hacerse de un capital humano, y de esta forma convertido en empresario de sí mismo, vérselas con las amenazas y riesgos; la gestión de la vulnerabilidad, traspasada al sujeto vulnerable, tiene que ver principalmente con la gestión empresarial de la pobreza como:

Modelo de la inversión, el costo y el beneficio, para hacer de él un modelo de las relaciones sociales, un modelo de la existencia misma, una forma de relación del individuo consigo mismo, con el tiempo, con su entorno, el futuro, el grupo, la familia (p. 278).

En este sentido, la idea de vulnerabilidad social, no tiene que ver con una cuestión de recursos, ni tampoco con el consumo, sino que tienen que ver con la idea de idoneidad y esencialmente de capacidad; la vulnerabilidad en la medida que es un indicador biopolítico, alo-

jado en el seno del “empresario de sí”, se transforma en una dimensión existencial, en donde lo que está implícito es que la vida no es algo que se vive, al modo de su cuadrícula o disciplinamiento, sino algo que se gestiona. Toda relación en este ámbito pasa por la interiorización del modelo de la empresa:

La subordinación de todas las relaciones sociales a la valoración a través de la generalización de la lógica de la empresa. El ordoliberalismo es la expresión de una política del “mercado” cuya acción implica al conjunto de la sociedad. La subordinación de esta al capital será íntegramente realizada por la financiarización, en primer lugar, y tras ella por la economía de la deuda (Lazzarato 2015, p. 104).

La propagación de la forma empresa, hasta los sectores más recónditos, e incluso hasta los que se pensaban improductivos como son los pobres, nos demuestra que vivimos una “economización de todo el campo social” (Foucault 2008, p. 278). Por tanto, la pobreza al integrar la variable de la vulnerabilidad asociada a subjetivación que lo convierte en “empresario de sí”, a la vez que “libera” económicamente al sujeto, lo cruza como el objeto de la gubernamentalidad, para lo cual debía desplazar la imagen clásica y excluyente de pobreza, para incluir a dichos sujetos por medio de la financiarización y el crédito, a la vez que son controlados por el dispositivo de la deuda. Cabe entonces recordar las palabras de Gilles Deleuze

“el hombre ya no es el hombre encerrado, sino el hombre endeudado” (2006, p. 2), pero no podemos dejar de mencionar que existe un resto (no menor) “demasiado pobre para la deuda, demasiado numerosos para el encierro” (p. 2), para quienes los dispositivos de vulneración, de reparto de la violencia y abandono a la muerte, se encuentran siempre vigilantes.

REFERENCIAS

- Banco Mundial. (2001). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la Pobreza*. España: Ediciones Mundi-Prensa.
- Blaikie, Cannon, Davis y Wisner. (1996). *Vulnerabilidad, el entorno social, político y económico de los desastres*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Chambers, R. (1989). Editorial Introduction: Vulnerability, Coping and Policy. *IDS Bulletin*, 20: 1-7. doi:10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x
- Cocco G. (2012). *Mundo Braz*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Cortina y Pereira (eds). (2009). *Pobreza y Libertad*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Deleuze G, (2006) *Post-scriptum sobre las sociedades de control*. *Polis: Revista Latinoamericana*, n. 13. pp.1-4. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2242769>
- Foucault M. (2006). *Seguridad, Territo-*

- rio, *Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault M. (2012). *El poder una bestia magnífica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Kaztman, R. (1999). *Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades*. Montevideo: CEPAL.
- Lazzarato M. (2005). *Biopolítica/Bioeconomía*. Multitudes n. 22. Recuperado de : http://www.multitudes.net/wp-content/uploads/2008/06/Revue_des_revues-LAZZARATO-trad-espagnol.pdf pp.1-8.
- Lazzarato M. (2006). *Por una política menor*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Lazzarato M. (2015). *Gobernar a través de la deuda*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lampis, Andrea. (2010). ¿Qué ha pasado con la Vulnerabilidad Social en Colombia? Conectar libertades instrumentales y fundamentales. *Sociedad y Economía*, (19), 229-261. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572010000200012&lng=en&tlng=pt.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la Precariedad*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Moreno Crossley, J. (2008). *El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas*. Working Paper Series 9. Center for Latin American Studies University of Miami. Recuperado de : <http://www.sitemason.com/files/h2QrBK/WORKING%20PAPERS%209.pdf>
- Moser C. (2010). *Gente del Barrio, Vidas Extraordinarias*. Santiago de Chile: Ediciones Sur.
- Naciones Unidas. (2003). *Informe sobre la Vulnerabilidad social: fuentes y desafíos*.
- Pérez, K. (1999). *Vulnerabilidad y desastres, causas estructurales y procesos de crisis en África*. Cuadernos de trabajo Hegeoa n.24. Bilbao: LANKOPI S.A.
- Sen, A. (1999) *Nuevo Examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Solé B., Pié B. (Eds). (2018). *Políticas del Sufrimiento y la vulnerabilidad*. Barcelona: Icaria.
- Urquijo, M. (2007). *El enfoque de las capacidades de Amartya Sen: Alcance y límites* (Tesis doctoral), Universitat de Valencia, España. Recuperado de: <https://tdx.cat/handle/10803/9862>

RESEÑAS

HÚMEDOS PLACERES SEXO ENTRE VARONES EN SAUNAS DE LA CIUDAD DE PUEBLA DE ALBERTO TEUTLE LÓPEZ

ABEL LOZANO HERNÁNDEZ*

El libro *Húmedos placeres* (2016) es producto de un trabajo de investigación desde la antropología de la sexualidad, es un acercamiento a sujetos varones de la ciudad de Puebla, a sus prácticas y actividades que giran alrededor de baños de vapor de dos barrios populares, de cómo sus asiduos asistentes se han “apropiado” de dichos espacios como uno más donde se manifiesta la homosocialidad poblana. En este sentido, el autor Alberto Teutle atiende características propias como el “conservadurismo”, la religiosidad católica, la existencia de una doble moral imperante en la sociedad poblana y junto a todo esto da cuenta de algunas dinámicas sociales de varones de sectores populares de la angelópolis donde la sexualidad, el género y la identidad son los ejes centrales.

El texto es rico en información etnográfica recabada durante tres años a través de trabajo de campo, de establecer diferentes tipos de contactos y relaciones sociales, de entrevistas y testimonios que quedan plasmados a lo largo del texto y que tratan de reflejar las inquietudes, intereses, discursos y experiencias de los sujetos de estudio en su proceso complejo de construcción identitaria, de sus prácticas sexuales, de cier-

* Colegio de Antropología Social, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Miembro investigador-Red Temática de Estudios Transdisciplinarios del Cuerpo y las Corporalidades: alozano21@hotmail.com

tos esquemas reguladores en alto grado generalizados. Para ello Alberto parte de asumir, como lo señala Gilberto Giménez, que la identidad no es una esencia, un atributo o una propiedad intrínseca del sujeto; sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional (1997, p. 12). A todo esto, se entrecruzan entonces categorías como sexo, clase social, género y pertenencia de grupo que no se encuentran estáticos sino en constante negociación e interrelación.

Alberto comienza por darnos una panorámica de la diversidad de espacios que han sido apropiados y re-significados en la ciudad de Puebla por los sujetos que los habitan, utilizan y viven de manera cotidiana; producto de dicha revisión genera una tipología que plantea una diferenciación entre los espacios públicos, semipúblicos y “clandestinos” caracterizados con detalle en la obra. Este ejercicio permite al autor identificar los encuentros homoeróticos que se presentan de manera frecuente y/o son tolerados o bien, han ganado un espacio tanto en las plazas públicas como en los cines, bares, antros y baños de algunos comercios; un ejercicio que le permite esbozar una cartografía de los placeres en la capital del Estado.

No queda del todo claro de dónde retoma y elabora su clasificación de los espacios; es decir no profundiza en los alcances de la tipología misma y no prevé que en una sociedad heteronormativa la vigilancia sobre las prácticas homoeróticas como los espacios donde se presentan son identificadas como clandestinas por

una sociedad donde la heteronormatividad es hegemónica y fuertemente exigida, inclusive sancionada. Aun así, Alberto, en su investigación, trató de mostrar que la línea divisoria de la dicotomía de lo público y lo privado es mucho más tenue de lo que parece sobre todo en cuanto a las identidades sexuales y a sus prácticas se refiere. Así lo permiten ver los asiduos visitantes de algunos de los vapores de la ciudad, a través de sus apropiaciones y re-significaciones de los diversos discursos relacionados con el *deber ser* de los hombres y su masculinidad y los usos y apropiaciones de los espacios *de ambiente y con ambiente*.

El autor percibe que los cambios en el uso “tradicional” de los vapores por parte de la población; es decir la apropiación de este espacio:

Permiten identificarlo como un espacio de resistencia a la heteronormatividad, un espacio de secretos que dejan de ser ocultos para los usuarios que se apropian del mismo y que vuelven su interior un microcosmos que ha eludido las normas las normas de la moralidad y la naturaleza heteronormativa de la sociedad (Teutle, 2015, pp. 71-72).

El hecho de que por los menos haya un par de saunas donde mediante los silencios y prácticas se dé la permisibilidad de los agentes que dictan las reglas de dichos lugares para que se lleven a cabo encuentros homoeróticos como trabajo sexual, lleva a Alberto a plantear dichos saunas como espacios de resistencia.

Sí bien comprendo que donde hay poder, hay resistencia, esta última, puede contribuir a la reproducción y legitimación de aquello a lo que se confronta. Hubiese valido la pena que el autor profundizara sus planteamientos al respecto; sin embargo, no lo hace y con esto cuesta trabajo comprender en qué sentido los vapores son espacios de resistencia, pues posteriormente él mismo detallará que las dinámicas que se llevan a cabo en los vapores; no escapan a la cultura de género, ni a lógicas económicas de un *pink market* incipiente en la ciudad.

No cabe duda de que el poder impone a la fuerza las apariencias que los grupos subordinados deben adoptar; pero eso no impide que éstos las usen como un instrumento de resistencia y evasión. Hay que señalar no obstante, que por esta evasión hay que pagar el alto precio de contribuir a la producción de un discurso público que aparentemente reconfirma la ideología social de los dominadores (Scott, 2000, p. 58).

Alberto centró su interés en cómo algunos de los usuarios de los vapores se identifican como bisexuales u homosexuales; sin embargo la gran mayoría de quienes conviven en los baños (Catalina y san Sebastián) se perciben a sí mismos como heterosexuales y justifican su asistencia a esos lugares por la satisfacción sexual, ya sea porque “se les mete el diablo” o por la búsqueda del placer; actores sociales que ponen en el

centro de sus prácticas sexuales precisamente el placer, “la gozadera a la hora de la rebatinga” de un encuentro pasajero, en pareja o múltiple que no establecerá necesariamente algún tipo de compromiso o relación afectiva a largo plazo; sujetos masculinos que desestabilizan la normatividad hegemónica exigida por la heterosexualidad, sujetos que de alguna manera trastocan la coherencia corporal entre su sexo, género y deseo, tal como lo planteaba Judith Butler en *El género en disputa*.

Sujetos múltiples y contradictorios que se pueden asumir como bisexuales, tanto como proclamarse heterosexuales y travestirse en algunas ocasiones o lugares; así como ser padre de familia, pertenecer a un barrio de clase media y ser profesionista, ejercer la religión católica y tener una sexualidad masoquista, de la misma forma estar casado y tener esporádicamente prácticas homosexuales con sujetos en parques, cines o vapores; es decir, en cada una de estas prácticas los individuos no se reconocen como sujetos (homo)sexuales, más bien rehúyen a que su sexualidad los determine, por ello no se proclaman disidentes y utilizan el silencio y la simulación para rechazar el estigma y los mecanismos de vigilancia que ellos mismos utilizan al mostrar su repudio a la homosexualidad, a la “pasividad” y a las personas gays.

Las identidades como las identificaciones de estos sujetos asiduos al vapor son evidentemente múltiples y contradictorias y aun así no pierden su sentido de continuidad; la diferencias entre sus

prácticas y su sexualidad parecen estar delimitadas por una cultura de género y el ejercicio del poder sobre estos sujetos, aunado a estos elementos, no debemos perder de vista la articulación de factores como la clase social, la etnicidad, la educación, la religiosidad, etcétera, que contribuyen a la comprensión mucho más amplia de estos sujetos, de sus identidades y el ejercicio de su sexualidad.

Las clasificaciones de *puto*, *maricón* o *gay* son comunes entre los asistentes al vapor y al mismo tiempo resultan ser *desviaciones funcionales*; pues jerarquizan las relaciones sociales y se vuelven el medio por el cual los varones afirman su género normativo negándolo en ese otro; no importando cuál de las tres categorías sean empleadas pues también se engloban diversidades en el saco de la diversidad. En este sentido todos estos sujetos que se asumen como heterosexuales masculinos son sospechosos de ser *maricas*, *putos* o *gays*, hasta que se demuestre lo contrario; tal como lo apunta Guasch, el varón con déficit de hombría es asignado al género femenino.

Es *marica* quien no cumple con las normas y expectativas de género previstas para los hombres, y esto sucede al margen de sus preferencias y gustos sexuales [...] la etiqueta de *marica* amenaza a todos los varones por igual y les impulsa a adecuarse a las normas de género [...] un hombre de *verdad* jamás admite ser tratado como mujer (2006, p. 124).

La analogía que se establece entre el *marica* y la mujer refleja concepciones socioculturales que permiten observar en acción tanto el sexismo como la homofobia; pues en sentido estricto ningún hombre que se precie de serlo o busque serlo aceptará la comparación con las mujeres, son seres inferiores, subordinados y penetrables. La diferencia en la que engloban tanto al *marica* como a la mujer en los vapores no deja de ser identificada como desigual, esto de manera general justifica los comportamientos violentos con todo aquel que se salga de la norma. En este sentido la clasificación de *marica* entre los sujetos de estudio se ajusta al modelo dicotómico del género, lo reproduce y se podría decir que refuerza las prácticas como las jerarquías sociales que se manejan tanto con los discursos del personal que labora en dichos lugares como entre los visitantes mismos.

Las contradicciones de los entrevistados, de las que da cuenta Teutle ratifican que la sociedad ha situado a la sexualidad como el factor determinante de nuestras construcciones identitarias; en este sentido lo que se dice y lo que se calla en torno a la sexualidad está estrechamente relacionado con el proceso definitorio de la identidad individual como colectiva; este juego dinámico y paradójico entre la secrecía y la revelación otorga relevancia a “los silencios” puesto que influyen poderosamente en la constitución misma del sujeto que cabe resaltar se asume como normal. Tal como señalaba Michel Foucault, “el

silencio y los secretos abrigan el poder, anclan sus prohibiciones; pero también aflojan sus apresamientos y negocian tolerancias más o menos oscuras” (2002, p. 123). Resulta evidente que en estos márgenes se movilizan y actúan los sujetos de la investigación para precisamente tener capacidad de actuar, desde los discursos que interpreta y pone en acción.

Si bien las prácticas y los procesos identitarios de estos varones parecen trastocar la heteronormatividad al desestabilizar la coherencia que exige un modelo hegemónico del género; Alberto Teutle también avizora que los discursos interiorizados por sus sujetos de estudio son complejos, contradictorios, incluso homofóbicos; así que no los idealiza y tampoco pierde de vista en la profundización de su análisis que esos discursos de una cultura de género justificados y naturalizados llevan a los sujetos a reproducir las desigualdades, incluso la violencia, entre lo masculino y lo femenino, ennobleciendo siempre la masculinidad viril como ese estandarte del ser hombre y ocupar una posición social privilegiada ante todo aquello que suponen su opuesto y engloban e identifican como lo femenino.

Alberto asume que los vapores se vuelven para estos sujetos un lugar estratégico de salvación pues les permite sobrevivir en una sociedad heteronormativa, alejarse del estigma y agresiones que pesan sobre todos aquellos que no están identificados dentro de la concepción de la “sexualidad normal”, de

esa que habla Gayle Rubin en su texto “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad” (1989). La sexualidad que se ejerce y que no se reconoce por ser “activo” y/o “pasivo” y las connotaciones que de ella se desprenden, obedecen a varias razones políticas como culturales; a no querer ser agredido por considerarse disidente, a no pertenecer a una identidad sexual estigmatizada, y por último para evitar el rechazo de sus relaciones sociales, de parentesco, laborales como afectivas que van más allá de los muros los vapores; es decir las que establecen con esposas, hijos, familiares, amigos, etcétera. En última instancia estamos ante la muestra de que no toda práctica termina por consolidar una identidad; sino que son las identidades las que terminan por instaurar ciertos tipos de prácticas, incluso las sexuales.

Nos debe quedar en claro que los baños no escapan a la normatividad del género, y que es también ahí donde los individuos construyen discursos que los llevan a mantenerse apegados a la masculinidad hegemónica. Entrelazando intereses y significados Teutle esboza que quizá sean estos discursos socioculturales los que permitan una posible explicación por lo cual muchos de ellos no utilizan condón en el encuentro sexual, ya sea que no los llevan porque temen que sus esposas los descubran, que los dejen en sus mochilas o bien porque afirman nunca haberlos usado y no encontrar razones para utilizarlos; ellos sólo van a “que las chupen”, en ese sentido se

alejan de la posibilidad de ser penetrados y que esto a su vez los protege de alguna infección de transmisión sexual, discursos que legitiman y encuentran su argumentación en sus concepciones de la masculinidad hegemónica.

Para concluir, a lo largo del texto *Húmedos Placeres* se encontrará una etnografía de los vapores, de los baños públicos en el contexto urbano, de su uso y apropiación de los espacios sexo diversos en Puebla, se realiza un análisis de los hombres y sus relaciones genéricas teniendo como marco los vapores, se problematizan el sexo y la sexualidad de los hombres en la construcción identitaria de estos mismos, así como el papel que juega la *homofobia* en estos espacios con y entre los sujetos. El autor nos invita a reflexionar en los factores socioculturales, los discursos morales e incluso religiosos que justifican a los varones para llevar a cabo sus prácticas homoeróticas y seguir apelando a ser parte de la “normalidad” establecida por la sociedad y sus instituciones legitimadoras.

En el libro se encuentran reflexiones teórico-metodológicas para acercarse al análisis de las prácticas sexuales e identidades de estos hombres poblanos, se hace una breve discusión desde el uso de las categorías como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta las limitaciones y vicisitudes de utilizar y reconocerse estos mismos sujetos como gays, homosexuales o bisexuales; es decir se hace hincapié en dar voz a los sujetos y recuperar las concepciones que tienen

sobre sí mismos, las formas en que se asumen e identifican. En ese sentido se han captado los discursos que dan sentido, tanto a conductas, comportamientos como formas de ser y pensar de varones asiduos visitantes de algunos de los vapores de la ciudad de Puebla en torno a su sexualidad, género e identidad.

Sí bien en un primer momento Alberto plantea que los espacios donde se llevan a cabo prácticas homoeróticas o bien encuentros sexuales pueden asumirse como un espacio de resistencia a la heteronormatividad, debo señalar que los procesos e interacciones al respecto son mucho más complejos de lo que el autor señala; es decir resulta sumamente complicado escapar a este sistema de poder, instaurado por la cultura del género y la heteronormatividad ya que su deconstrucción posibilita nuevamente su construcción.

A través de mostrar cómo la clase social, la sexualidad y el género se entrecruzan y conforman parte del repertorio cultural del que echan mano los sujetos de la investigación, el autor trata de darnos un acercamiento a las complejidades culturales del ser varón, de la masculinidad y de las identidades sexuales. También permite observar algunas manifestaciones de la violencia y las jerarquizaciones sociales, que son múltiples y diversas en torno al género y el ejercicio de la sexualidad. Es precisamente aquí que asumir a la sexualidad como un derecho pudiera contribuir a seguir problematizando las implicaciones políticas, sociales, económicas, de salud

y desde luego culturales que guardan prácticas sexuales en espacios como los reseñados y descritos en el libro.

Salir como entrar al closet para estos sujetos ha resultado ser mucho más complicado de lo que parece, responder con firmeza a la lógica impuesta por la heterosexualidad y vivir dentro del armario; así como salir de él nunca son cuestiones herméticas y como lo demuestra la investigación puede ser estratégico; tal como sucede con la identidad uso e interpretación de los discursos de los cuales echan mano los asistentes a los saunas; las razones parecen ser inmediatas, sobrevivir en el orden heterosexual impuesto por la sociedad aunque en su reproducción y asimilación ejerzan algún tipo de violencia entre con sus semejantes de esos espacios con ambiente. Las dos caras de la moneda son complejas, como Sedwick apuntaba que quien ejerce la homofobia es muy probable que sea una persona gay encubierta.

Termino mi reseña tal como lo hizo Alberto en su texto invitando a la reflexión e investigación sobre la homofobia y la violencia que impone una cultura de género heteronormativa, quizá porque él mismo vivió violencia como discriminación en el pueblo de donde era originario. El texto nos deja interrogantes para seguir trabajando sobre el uso y apropiación de los espacios, de la tolerancia y respeto a la sexualidad de los sujetos, a la complejidad y diversidad de las identidades y los discursos de poder y las prácticas de resistencia, la complejidad que atañe a las formas

de intervención en lugares y con sujetos como estos respecto a su salud sexual y demás que en lugar de enlistar invitamos a leer y seguir reflexionando e incluso investigando.

REFERENCIAS

- Foucault, M (2002) *Historia de la sexualidad I*. La voluntad de saber. México, S. XXI.
- Giménez, G. (1997) “Materiales para una teoría de las identidades sociales”, *Frontera Norte*, Vol. 9, núm. 18, julio-diciembre.
- Guasch, O. (2006) *Héroes, científicos, heterosexuales y gays: los varones en perspectivas de género*. Barcelona: Bellaterra.
- Rubin, G. (1989) “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”. En: Vance, Carole S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución.
- Sedwick. E. (1998) *Epistemología del armario*. Barcelona: De la tempestad.
- Scott, J. (2000) *Los dominados y el Arte de la Resistencia*. Discursos Ocultos. México: ERA.
- Teutle, A. (2016) *Húmedos placeres: sexo entre varones en saunas de la ciudad de Puebla*. México: La cifra.