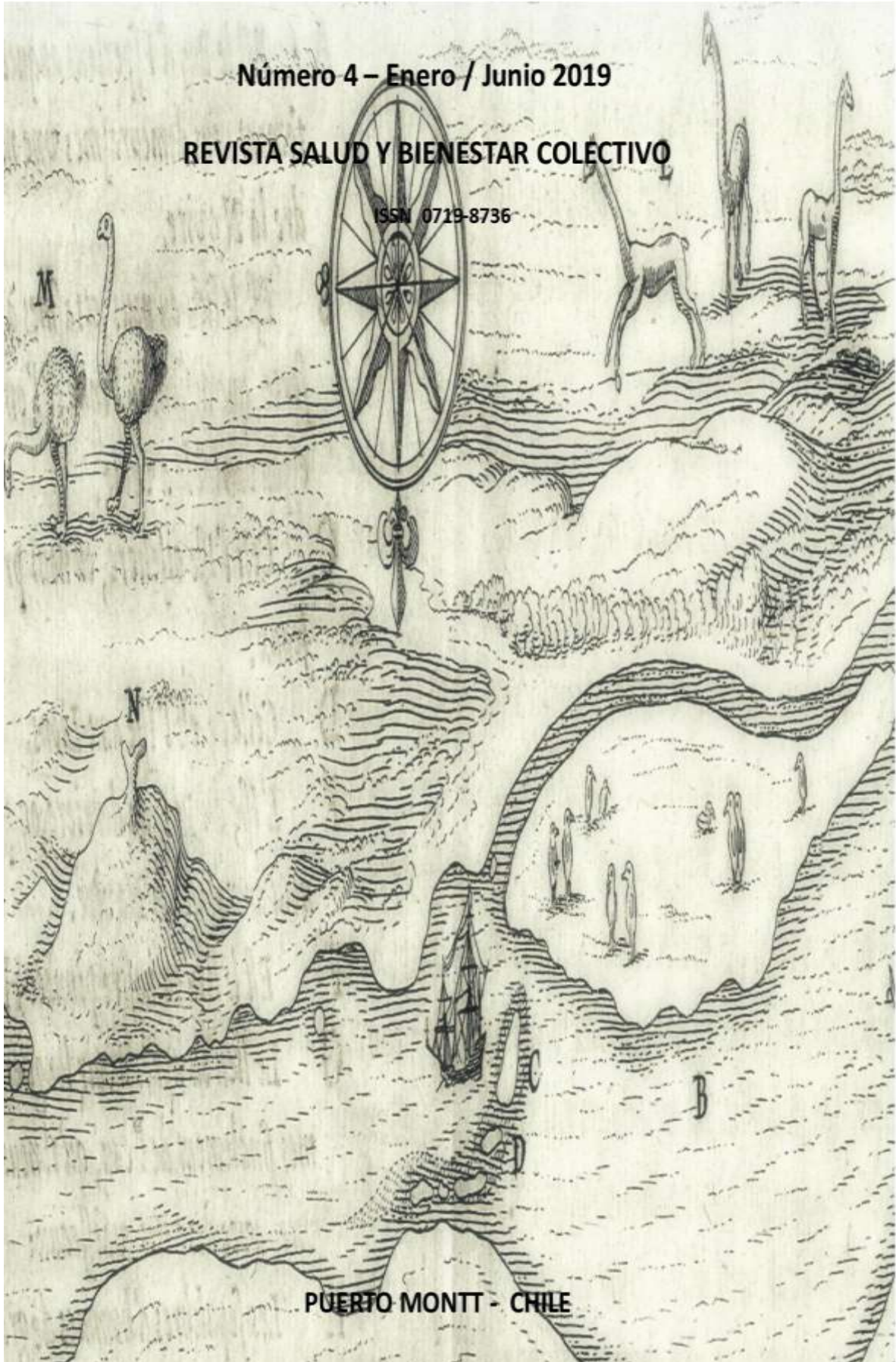


Número 4 – Enero / Junio 2019

REVISTA SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO

ISSN 0719-8736



PUERTO MONTT - CHILE



## **CUERPO DIRECTIVO**

**Director – Editor en Jefe**

**Dr. Alex Véliz Burgos**

*Universidad de Los Lagos, Chile*

**Subdirectora**

**Mg. Anita Dörner Paris**

*Universidad de Los Lagos, Chile*

**Editor Científico**

**Juan Guillermo Mansilla Sepúlveda**

*Universidad Católica de Temuco, Chile*

**Cuerpo Asistente**

**Traductora: Inglés**

**Lic. Paulinne Corthorn Escudero**

*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

**Traductora: Portugués**

**Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón**

*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

**Diagramación / Documentación**

**Lic. Carolina Cabezas Cáceres**

*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

**Portada**

**Sr. Felipe Maximiliano Estay Guerrero**

*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

## **COMITÉ EDITORIAL**

**Dr. Adolfo Abadia**

*Universidad ICESI, Colombia*

**Dr. Juan R. Coca**

*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Francisco José Francisco Carrera**

*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Darío Páez Rovira**

*Universidad del País Vasco, España*

**Dra. Anabel Paramá Díaz**

*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Oscar Santilli**

*Universidad Nacional de Cuyo, Argentina*

## **COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL**

**Mg. Gladys Castillo Castro**

*Universidad San Martín de Porres, Perú*

**Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros**

*Diálogos en Mercosur, Brasil*

**Dr. Alain Morejón Giraldoni**

*Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba*

**Dr. Marco Eduardo Murueta**

*Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México*

**Dr. Carlos Peraza**

*Biomed Centroamerica, Belize*

**Dr. José Puig Espinosa**

*Dilemas Contemporáneos, México*

**Dra. Alicia Risueño**

*Universidad Kennedy, Argentina*

**Dr. José Vives-Rego**

*Universidad de Barcelona, España*



## Indización

Revista Salud y Bienestar Colectivo, se encuentra indizada en:





ISSN 0719-8736 - Número 4 – Enero/Junio 2019 pp. 54-64

**REFLEXIONES SOBRE LA NOCIÓN DE CUIDADO EN EL SISTEMA CULTURAL DE LA MODERNIDAD**

**REFLECTIONS ABOUT THE NOTION OF CARE IN THE CULTURAL SYSTEM OF MODERNITY**

**Mg. Guillermo Hernández González**

Universidad Autónoma de Querétaro, México

guiherg21@gmail.com

**Fecha de Recepción:** 20 de marzo de 2019 – **Fecha de Revisión:** 01 de abril de 2019

**Fecha de Aceptación:** 20 de abril de 2019 – **Fecha de Publicación:** 08 de mayo de 2019

**Resumen**

El presente artículo expone algunas reflexiones en torno a la noción de cuidado presente en las personas que viven con una enfermedad crónica y que impiden la prevención secundaria. A partir de una exploración etnográfica se describen los contenidos de la idea de cuidado y se busca rastrear su origen en el sistema de pensamiento moderno. Encontrando que las consignas de subjetividad que aporta la modernidad y la cultura de la indolencia como fuentes principales de un visión de salud basada en el control y la renuncia.

**Palabras Claves**

Cuidados médicos – Cultura – Sistema Social

**Abstract**

This paper develops some reflections about the notion of care on persons that live with a chronic illness, impeding secondary prevention. Through an ethnographic investigation, the contents of the idea of care are described and its origins in the system of modern thought is traced. It is found that the subjective injunctions that modernity provides and the culture of indolence are the main sources of a vision of healthcare based on control and relinquishment.

**Keywords**

Disease prevention – Culture – Social systems

**Para Citar este Artículo:**

Hernández González, Guillermo. Reflexiones sobre la noción de cuidado en el sistema cultural de la modernidad. Revista Salud y Bienestar Colectivo num 4 (2019): 54-64.

## Introducción

Las condiciones crónicas de salud (CCS) representan el 63% de las defunciones en México, para Secretaría de Salud hay una prevalencia de diabetes de cerca del 15% y de hipertensión de 30%, cifras que van aumentando año con año al mismo tiempo que la edad de aparición va reduciéndose. Lo cual nos hace pensar que si bien las acciones de prevención primaria son fundamentales para reducir la incidencia y prevalencia de la CCS; se hace, además, prioritario implementar estrategias de prevención secundaria (reducción de impacto o complicaciones) ya que según la Organización Panamericana de la Salud<sup>1</sup> menos del 50% de los pacientes tienen una adecuada adherencia al tratamiento, y en particular en tercera edad el 90% toma dosis menores a las prescritas por el médico. Para poder hacer efectiva las acciones de prevención secundaria, habrá que pensar que de manera subjetiva vivir con una CCS puede articularse con una serie de significaciones que pueden posibilitar o impedir el aceptar y negociar estilos de vida que mejoren la calidad y esperanza de vida. En el centro de estas significaciones encontramos los contenidos y los sentidos sobre la categoría cuidado, pues de manera singular ante la aparición de una condición crónica de salud, una de las primeras palabras que aparecen en el discurso de las personas es “cuidate”, “tienes que cuidarte” “todo radica en cuidarte”, pero ¿Qué se está diciendo al enunciar cuidado? ¿ qué se está diciendo cuando alguien dice que te cuidará? ¿cuáles son las exigencias del cuidado que impiden la adherencia al tratamiento?

Para intentar responder a estas interrogantes, se pretende analizar las lógicas de cuidado desde la racionalidad moderna; para Dussel<sup>2</sup> la modernidad inaugura una seria de consignas sobre la subjetividad, una de las principales es la superioridad de la razón instrumental, que apoyada sobre el desarrollo científico, hace de la ciencia un dispositivo de colonización de la subjetividad, en especial la ciencia médica que transforma los cuerpos de las personas con CCS a objetos de investigación vueltos “pacientes”.

Siguiendo a Zemelman<sup>3</sup> uno de los efectos de la racionalidad instrumental propia de la modernidad es un desfase entre la teoría y la realidad, en especial de aquellos conocimientos que hablan de personas (incluidas las llamadas ciencias de la salud), donde se construyen teorías sin sujetos, es decir donde el sujeto es reducido a conceptos, categorías y leyes sin tomar en cuenta su historicidad, su emocionalidad o su capacidad de potenciar la realidad, así esta teoría sin sujetos se vuelve una forma de dominación. De acuerdo Zemelman y Quintana Martínez<sup>4</sup> uno de los mecanismos que tienen la estructura social para incorporar a los sujetos a las lógicas de dominación sociales, es decir, exigirle que su vida circule en torno a una característica o función de sí, la interiorización de este rol será la guía que articule el pensamiento y la emocionalidad; sin embargo asumir el rol social lleva de forma intrínseca una serie de contradicciones que pueden poner en tensión vital al sujeto. Para la discusión que hoy se propone, podemos

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. 09 de 08 de 2016. [https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en](https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en).

<sup>2</sup> Enrique Dussel, Historia de la filosofía latinoamericana y filosofía de la liberación (Bogotá: Nueva América, 1994).

<sup>3</sup> Hugo Zemelman, “Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas”. Conferencia Magistral, Universidad de la Ciudad de México Vol. 10 (2001).

<sup>4</sup> Hugo Zemelman y Alicia Quintana Martínez, Conocimiento y sujetos sociales: contribución al estudio del presente (México DF: Colegio de México, 1987).

pensar que la racionalidad moderna instaura en las personas que viven con una condición crónica de salud el rol de enfermo, y que la noción de cuidado es uno de los dispositivos de la reducción de la subjetividad a este rol.

De tal forma que, lo que se propone en el presente artículo hacer una reflexión teórica sobre la noción de cuidado como parte del rol de enfermo que instaura la racionalidad moderna. Estas reflexiones se dan a partir de la combinación de estrategias autoetnográficas y netnográficas que buscan explorar la manera en que personas que viven con condiciones crónicas de salud articulan su subjetividad y el rol asignado por la ciencia médica moderna.

### **La autoetnografía y netnografía como aproximaciones al campo de estudio**

El discurso de la objetividad que caracteriza la cientificidad moderna, demanda la necesidad de no involucrar la subjetividad del investigador en la producción de conocimiento, tildándola de sobreimplicación, nos han hecho creer que la distancia de sujeto que conoce y el objeto que es conocido es requisito para la validez de una investigación. Frente a esta postura se han construido alternativas que dan cuenta de la necesidad de reconocer el lugar del investigador como un sujeto social que mira la realidad desde su propia subjetividad (ejemplo de esto es la sociología reflexiva de Bourdieu, o la propuesta epistémica de Zemelman), así la experiencia del investigador como parte del fenómeno que desea comprender se vuelve no solo valiosa sino fundamental.

Una de esta propuesta es la autoetnografía que según Ellis, Adams y Bochner<sup>5</sup> es el análisis de la experiencia personal para dar cuenta de la articulación cultural de un tiempo y espacio determinado. Así buscando en sus experiencias vitales, se intenta identificar epifanías o momentos que den cuenta de la inserción del investigador en las lógicas culturales de las que forma parte (fuera de la experiencia de ser investigador).

Para Cornejo<sup>6</sup> la autoetnografía es una posibilidad investigativa que permite hablar de la vulnerabilidad social desde la propia vulnerabilidad, es un intento de evidenciar el lugar de enunciación para recuperar la historia desde la propia historia, así, esta estrategia se vuelve potente en la comprensión de realidades sociales que impliquen una fuerte carga emotiva para quien este viviéndola.

Frente a las críticas que puede tener la autoetnografía, Ellis<sup>7</sup> plantea que este particular forma de aproximarse al conocimiento debe dejar abierta la posibilidad de las epifanías de otros, y que no se aleja de criterios de exigencia, pues no se trata una autobiografía, sino de una articulación categorial que se pueda complejizar y tenga resonancia en el análisis de un momento histórico.

Por otra parte la netnografía, emerge como una herramienta metodológica frente a la vida en las redes sociales

---

<sup>5</sup> Carolyn Ellis; Tony Adams y Arthur Bochner. "Autoetnografía: Un panorama", *Astrolabio*, num 14 (2015): 249-273.

<sup>6</sup> Giancarlo Cornejo, "La guerra declarada contra el niño afeminado", *Íconos Revista de Ciencias Sociales*, num 39 (2011): 79-95.

<sup>7</sup> Carolyn Ellis; Tony Adams y Arthur Bochner, "Autoetnografía. Un panorama..."

“Como técnica de estudio para la indagación en la red de redes, deviene como deudora de la etnografía, que, a su vez, lo es, como método de investigación, de la antropología, y se inicia actuando desde la perspectiva del procedimiento interpretativo, ideado para investigar el comportamiento del consumidor en el contexto de las comunidades virtuales y ciberculturas. Esta metodología en línea de análisis cualitativo deviene, al igual que la etnografía, en su ejercicio, de la participación continuada del investigador en los escenarios virtuales donde se desarrollan las prácticas, que son objetos de análisis.”<sup>8</sup>

Esta herramienta surge a partir de la necesidad de mirar las comunidades on-line como lugares de encuentro y prácticas sociales donde emergen y se transforman los contenidos de la cultura. Siguiendo a Sánchez y Ortiz<sup>9</sup>, los espacios on-line permiten a los sujetos un alto nivel de espontaneidad en la comunicación, siendo los contenidos construidos un indicio claro de los elementos culturales presentes en el tejido social, en particular en aquellos espacios donde se teje una comunidad virtual.

Así, metodológicamente la netnografía, permite establecer relaciones directas con los miembros de comunidades virtuales, conocer el lenguaje y los contenidos simbólicos de los participantes e identificar los tipos de miembros que conforman una comunidad virtual<sup>10</sup>.

Para el presente trabajo se intentó articular por una parte las interacciones del autor en tono a vivir con una CCS de reciente detección en la vida off-line y los contenidos vertidos en grupos de Facebook integrados por personas que viven específicamente con Diabetes Mellitus, de lo cual se recupera de manera anónima algunas interacciones vinculadas a la noción de cuidado. En este punto me gustaría puntualizar que las aproximaciones autoetnográficas y netnográficas sólo se han trabajado como una exploración que permita detonar la reflexión de los elementos culturales de la noción de cuidado y el rol de enfermo.

### La noción de cuidado

Según la Real Academia de la Lengua Española<sup>11</sup> la palabra cuidado está vinculada a la acción de asistir, guardar o conservar, y también a las emociones de recelo, temor y preocupación. Esta definición básica me<sup>12</sup> hace pensar en cómo se interioriza estos contenidos a las demandas de cuidado en personas con una CCS, ¿cómo participan en la articulación del rol de enfermo?, ¿qué significa que cuidarse sea guardar-se o conservar-se a partir del temor y la preocupación?

Quisiera iniciar la indagación con un momento de epifanía: hace tiempo en un grupo de Facebook para personas que viven con diabetes, un participante preguntó si es

<sup>8</sup> Osvaldo Turpo, “La netnografía: un método de investigación en Internet”, *Educación*, num 42 (2008): 83

<sup>9</sup> William Camilo Sánchez Torres y Paola Andrea Ortiz Rendón, “La netnografía, un modelo etnográfico en la era digital”, *Espacios* Vol: 38 num 13 (2017).

<sup>10</sup> Carolyn Ellis; Tony Adams y Arthur Bochner, “Autoetnografía: un panorama...”

<sup>11</sup> RAE on-line, <https://dle.rae.es/?id=BbIVWJS>

<sup>12</sup> En este punto del artículo iniciaré escribiendo en primera persona pues al iniciar mis reflexiones con una mirada autoetnográfica es imprescindible recuperar la voz activa del sujeto que se acerca a la realidad.

normal que con esta condición la resaca por un par cervezas se intensificará, las respuestas al post me cuestionaron mucho: “lo que no es normal es que bebas” “ eso no hacemos los que luchamos con esta condición” “lo que pasa es que no te quieres” “¿te quieres morir verdad?” , así el grupo se volvió un foro para una serie de cuestionamientos sobre la posibilidad de cuidar-se , en la mayoría se tildaba de irresponsable a quien preguntaba, se le juzgaba desde su incapacidad de quererse y de cuidarse. Los comentarios que asumo partían de la necesidad de conocer los cambios que la glucosa alta generan en el cuerpo (de alguien que después enunció estaba recién diagnosticado) se volvieron un enjuiciamiento público.

Cuando en el grupo de Facebook algunos respondemos que sus comentarios parecían indolentes, ortodoxos y crueles, la respuesta mostró enojo” de los participantes enunciando que la diabetes es una lucha constante, diaria y que si lo decían era porque quien preguntó sobre la resaca “tenía que entender para cuidar-se” y “lo hacían por su bien” y “que la vida está por encima de todo lo demás”.

A partir de lo anterior, puedo empezar a esbozar que en la lógicas de cuidado se teje una relación de obediencia desde la objetividad sin paréntesis<sup>13</sup>, entendemos esta categoría como una serie de imposiciones sobre el actuar, pensadas como verdades absolutas que regulan el comportamiento y legitiman al sujeto en su rol social, de esta manera se puede empezar a intuir que el cuidado entrelaza la vigilancia, el control y el dominio sobre los actos en nombre de la salud y el bienestar.

Frente a lo anterior asumo que esta relación jurídica de obediencia supone colocar en el sujeto la necesidad de renuncia, renunciar a quién se es, renunciar a la comida propia de su cultura, renunciar a pensar-se como sujeto. La necesidad de renuncia la podemos identificar en enunciaciones como “yo me alejo de la panadería”, “la coca es veneno”, “todo refresco es malo” hasta el cuestionamiento a la asistencia a fiestas por no poder seguir la dieta en esos contextos. Si bien, no es mi intención tensionar las prácticas necesarias para mantener un estado óptimo de salud (lo que he mencionado como prevención secundaria), sí me interesa cuestionar el lugar de sujeto en estas enunciaciones ¿desde dónde habla quién renuncia o quien me invita a renunciar? ¿cómo se mira quién es capaz de renunciar a tantas cosas por estar “sano”?

Recibir la noticia de vivir con una CCS, se enmarca en la posibilidad de que “la enfermedad” sea vista como una característica intrínseca del sujeto, pronunciada desde el verbo ser (“soy diabético(a), hipertenso(a), etc.”), reduciendo la subjetividad al rol de enfermo. Uno de los mecanismo de reducción de la subjetividad es la centralidad de la experiencia de vida en torno a números y términos biomédicos, localizando ahí la internalización del rol de enfermo en el lenguaje; un lenguaje serio, solemne, con parámetros de normalidad, como objetivos indicadores de la eficiencia del cuidado su correspondiente sensación permanente de recelo, temor y preocupación. Así una persona que es diagnosticada debe de aprender una serie de parámetros de medición que pretenden sean un elemento fundamental de su andar en la vida: presión diaria, glucosa en ayunas, unidades de insulina por aplicación, contenido de miligramos en cada una de las pastillas que se ingieren, nivel de colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicalizada, mediciones posprandiales, carbohidratos por porción, etc.

---

<sup>13</sup> Humberto Maturana, Emociones y lenguajes en la educación y política (Santiago: J C Saez, 2008).



Basta con mirar los *post* donde se publican las mediciones diarias o los resultados de análisis para ser felicitados en los grupos de Facebook, para dar cuenta que el rol del enfermo centra sus acciones en sus mediciones, mismas que se viven con alegría y orgullo si están bien controladas o con culpa y angustia si no lo están, porque control y cuidado tienen una íntima relación en el rol de enfermo.

Un elemento central para comprender la relación entre cuidado, control, vigilancia y renuncia es el temor a las consecuencias de las CCS: insuficiencia venosa, glaucoma, neuropatías, parestesias, cetoacidosis, son algunos de los términos a los que se enfrentan personas que viven con diabetes. Si el efecto de la incorporación del lenguaje biomédico a la subjetividad da como resultado la búsqueda del cuidado desde el temor a las consecuencias, es importante tensar si esta versión de cuidado es efectiva, o bien como plantea Butler<sup>14</sup> el temor frente a la vulnerabilidad deviene en incapacidad de acción.

La versión de cuidado que aquí he expuesto me permite delinear algunas de las fuentes simbólicas que están inmersas en la falta de adherencia al tratamiento de las personas que viven con CCS, hablamos como dice Zemelman<sup>15</sup> de una desfase teórico de saberes biomédicos que no se articulan con la realidad, con las emergencia de la subjetividad sino que se buscan implantar desde la relación jurídica como verdades universales que no se pueden poner en tensión, que se deben de obedecer de manera fiel, hablo pues de personas que son reducidos a enfermos, frente a esto merece la pena preguntarnos ¿cómo reorganizar el cuidado? ¿cómo regresar al sujeto sin reducirlo a números y demandas de vigilancia y renuncia? Para acercarnos a estas preguntas es necesario explorar en niveles más estructurales los elementos que dan forma a esta noción de cuidado y que hacen del modelo biomédico sin sujeto el (aparente) único discurso frente a las CCS.

### **Cuidado, condiciones crónicas de salud y racionalidad moderna**

¿Cómo el cuidado se volvió la encarnación de los sistemas de vigilancia biomédicos? ¿Qué elementos han contribuido a que la salud se vuelva una renuncia al sujeto?

Dussel<sup>16</sup> identifica en la noción de racionalidad moderna, una brecha de análisis de la subjetividad contemporánea, identificando en esta racionalidad consignas sobre el ser (yo soy), la primera de ellas el ser racional por sobre todas las demás características de la humanidad (yo pienso); esto da posibilidad a que la ciencia y sus criterios alejados de la emocionalidad tenga un lugar primordial en el tejido social, delimitando deberes ser en la vida cotidiana, y generando condiciones para pensar el mundo desde una única lógica.

Así, el primer elemento que es pertinente explorar en este apartado es el lugar del cuerpo en la modernidad, enfatizando el mito de la razón, que sostiene que cuerpo estorba, el sujeto moderno ante todo piensa y por tanto, el cuerpo se vuelve un recipiente que tiene que estar subordinado, disciplinado para que las ideas puedan transformar el mundo<sup>17</sup>. Así el dominio sobre el cuerpo y sus malestares es una constante en la organización del mundo moderno; la enfermedad y sus síntomas, por tanto deben ser

<sup>14</sup> Judith Butler, *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia* (Buenos Aires: Paidós, 2004).

<sup>15</sup> Hugo Zemelman, "Pensar teórico y pensar epistémico..."

<sup>16</sup> Enrique Dussel, *Historia de la filosofía...*

<sup>17</sup> Enrique Dussel, *Historia de la filosofía...*

controlados, vigilados y corregidos desde la lógica racional sin dudarse, estableciendo la necesidad de obedecer de forma automática las consignas de la biomedicina y sus representantes.

Un segundo aspecto de la subjetividad moderna que está enlazado a la noción de cuidado es el entramado de dominación desde lógicas de poder, así el yo soy pienso se vuelve un yo domino, surgiendo así el concepto de normalidad, que busca establecer diferencias sobre las cuáles ejercer poder, así los modelos diferenciadores en torno a la etnicidad, género, cánón de belleza son efectos de la distancia entre lo dominado y el que domina en torno a la corporalidad, ya que quién se asume como normal determina y enuncia los límites de la anormalidad.<sup>18</sup> Así, la noción de normalidad es fundamental en los trazos de poder, no sólo en la diferencia normalidad- anormal, sino en la normalización de la diferencia: adaptar al extranjero, educar al rural, mutilar al intersexual, oralizar al sordo, adelgazar a gordo, evitar el exhibicionismo de cualquier diferencia, etc.

Así en torno a la enfermedad el concepto normal nos han enseñado a reducir, menospreciar, discriminar a la enfermedad: el cuerpo que funciona diferente, es el cuerpo indeseable, feo, se mira la enfermedad desde la normalidad de funcionamiento y se exige la regulación a partir de la vigilancia y la renuncia, un buen enfermo (el que cumple su rol social) es el que busca ajustarse a los estándares de normalidad funcional.

Otro elemento fundamental es el lugar del cuerpo y la enfermedad en el capitalismo apareciendo una subjetividad basada en la productividad (yo produzco), así frente a las exigencias capitalista, estar enfermo, dolerse ser vulnerable físicamente no tienen lugar. Si la consigna del capitalismo es ser para producir, si no producimos no valemos; el malestar ante los ninis<sup>19</sup>, los discursos haga dinero en su tiempo libre, la inexistencia de tiempo libre son ejemplos de esto. Un enfermo, no es productivo, o tendrá que esforzarse por serlo, cuidarse es entonces la lucha por mantenerse produciendo a pesar de su condición de salud. Siguiendo a Byung-Chul Han<sup>20</sup>, asumo que el sistema inserta culpa en los sujetos por no producir, que la autoexplotación se ha erigido como una falsa fuente de satisfacción de las personas, donde enfermarse es un límite indeseable, donde el cuidado y el bienestar encubren la necesidad de existir desde la producción.

La producción no es la única consigna para el sujeto en el capitalismo, además somos sujetos para consumir, Bauman<sup>21</sup> sostiene que el sistema capitalista centra la felicidad en la capacidad de consumir, generando siempre deseo en los sujetos que los lleva a reproducir el consumo, y que la creación de mercados especializados permite suplir las limitaciones que tienen algunas personas. De esta, la renuncia inscrita en el cuidado puede abatirse a partir de los productos especializados de manera particular en la diabetes vigilancia y control se deslinda de la renuncia al consumo de alimentos prohibidos a partir de las líneas sugar free, una serie de productos que prometen placer sin perder el control : refrescos, pastel, chocolate, incrementando de forma considerable su precio frente a productos con azúcar.

---

<sup>18</sup> Dussel propone que el otro siempre será anormal porque es visto desde el uno (el que asume normal).

<sup>19</sup> Jóvenes que ni estudian ni trabajan.

<sup>20</sup> Byung-Chul Han, *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder* (Barcelona: Herder, 2014).

<sup>21</sup> Zygmunt Bauman, *El arte de la vida* (Buenos Aires: Paidós, 2009).

Otro impacto del capitalismo en su versión de yo consumo en el cuidado y la enfermedad es el acceso a los medicamentos, el derecho a la salud en México aparece como un privilegio, si bien el sistema público de salud asegura el acceso universal al medicamento, este depende de la existencia o desabasto que este tenga, si agregamos las nuevas formas de contratación que no incluyen seguridad social podemos identificar un entramado complejo. Además los medicamentos de reciente creación que mejoran su calidad y reducen los efectos secundarios, por cuestiones legales mantienen la patente en secreto por diez años, hacen de difícil acceso un tratamiento adecuado (que ronda los 3000 pesos al mes). Entonces el nivel de vigilancia y de renuncia del cuidado están matizados por el ingreso económico.

Aquí me viene bien recordar un poco el rol y función de la pobreza: Y es que ser pobre en el capitalismo ( y en Latinoamérica) es una coordenada de existencia<sup>22</sup>: el lugar del vencido, de la falta, la ignorancia y sobre todo de la ausencia de voluntad de salir adelante (el pobre es pobre por que quiere), lo que nos (me) “obliga” a sobre esforzarnos para aspirar a los ideales de estilo de vida que dicta el capitalismo neoliberal, ese que nos individualiza y nos echa la culpa por no ser parte del sistema. El medicamento pone en juego la falta y la necesidad de chingarle para trabajar y tener seguro o comprar la medicación, la pobreza matiza la experiencia de la enfermedad y asigna sentido al cuidado, te cuidas o gastas más.

Así, las consignas de la subjetividad moderna (yo pienso, domino, produzco, consumo) son un entramado complejo que dan cuenta de la estructura social contemporánea donde el cuidado visto como control, vigilancia y renuncia es producto y producente de las lógicas de dominación del sistema. Si regresamos este análisis a un nivel de relación entre sujetos en la vida cotidiana, deseo proponer una categoría que me permite articular las lógicas del sistema con las situaciones concretas que una persona con CCS vive y le obligan a cuidarse en esta versión, la indolencia.

Boaventura de Sousa<sup>23</sup> construye una propuesta para mirar la modernidad que pone énfasis en lo que llama “racionalidad indolente”, caracterizándola por aquella que es incapaz de imaginar de forma creativa soluciones a los problemas que genera la modernidad, ya sea por desinterés o por incapacidad de salir de los límites de lo establecido. Sea cual fuere la razón, la indolencia aterriza en las relaciones entre sujetos midiendo lo que es importante o no pensar, o bien solucionando las situaciones problemas desde la misma lógica que las ha vuelto problema.

Para Butler<sup>24</sup> el sistema determina quienes son los cuerpos que valen la pena ser pensados, llorados o salvados; a partir de categorías como el duelo o la precariedad, la autora enfatiza que los cuerpos van teniendo lugar en el tejido social a partir de su valoración social, y es desde ahí que son nombrados, aceptados o sancionados.

De estas dos ideas es que parto para identificar la noción de indolencia como elemento fundamental en la construcción de la noción de cuidado; como ya he planteado una persona que vive con una CCS, es subjetivada desde las lógicas de la modernidad y colocada en el rol de enfermo y al no cumplir con las consignas de la modernidad (yo

<sup>22</sup> Enrique Dussel, Para una ética de la liberación latinoamericana. Tomo I (Buenos Aires: S. XXI, 1973).

<sup>23</sup> Boaventura de Sousa, Crítica de la razón indolente (Bilbao: Desclee, 2000).

<sup>24</sup> Judith Butler, Vida precaria...

pienso, domino, produzco, consumo) se ubica en un lugar de vulnerabilidad, sancionado y precarizado<sup>25</sup>; siendo el cuidado desde el control, la vigilancia y la renuncia la estrategia de salida de este lugar. Así la indolencia es el mecanismo que permite la sanción y la incorporación de estas lógicas precarizantes.

Lo que llamo cultura de la indolencia, e basa en un primer momento, en una lógica de la individualidad, invistiendo el éxito y el bienestar como un asunto personal, pero también el “fracaso” y el malestar, una especie de evocación de la responsabilidad personal, hay una culpabilización de las personas que atraviesan por algún momento poco agradable, desde “el pobre es pobre porque quiere” hasta “la mataron por salir sola de noche”, esto lo puedo trasladar a las complicaciones por condiciones crónicas de salud, leo en los grupos de Facebook frente a *post* que refieren la complicación de salud de alguien “está mal pero bien que se tomaba su cocota”, “si está enfermo es porque quiere”, “primero se descuidan y después llora”, el cuidado como vigilancia es una exigencia indolente de la cultura de la “responsabilidad personal”.

Pensar a quien enferma o tiene complicaciones como irresponsable, revela otra arista del rol de enfermo, cuidarse es para mantener una relación con el otro indolente, que exige, reclama tu bienestar para su bienestar, cuando me piden cuidarme ¿lo hacen porque no saben que harían si enfermo? ¿por qué es muy complicado cuidar de alguien que no lo hizo?, se exige al otro pues lo inesperado de una enfermedad es algo que no puedo sostener, es una mezcla de preocupación y molestia en esa parte de molestia es donde encuentro la indolencia.

Otra forma de la indolencia es depositar en la fuerza de voluntad del “enfermo” la responsabilidad del cuidado, no comas, no bebas, no hagas, haz ejercicio, descansa. Encuentro en las publicaciones de internet referir un doble juego en torno al cuidado en un contexto familiar, por una parte poner en cercanía todo aquello que se prohíbe consumir y el reclamo por comerlo y no tener fuerza de voluntad. Indolencia la entiendo como la incompreensión de la equivocación, y qué pasa si no me cuido y enfermo, no solo me sentiré mal físicamente, otros me harán saber que fallé y acabaré culpándome por lo que no hice, así mi dolor no puede ser compartido por otros, sino que es reclamado y exigido. De esta manera, la indolencia como lógica cultural atrapa a los sujetos que viven una CCS en un lugar donde la subjetividad se ve reducida, sin ninguna aparente posibilidad de agencia, dónde el obedecer sin reflexión las instrucciones de cuidado, restringirse a mediciones constantes y renunciar a otros espacios y formas de habitar-se son paradójicamente las formas de encontrar un lugar reconocido en el mundo.

## Conclusión

Podemos observar, que en el diagnóstico de una CCS, se juegan una serie de elementos estructurales, de la organización de la subjetividad que impiden la efectividad de las intervenciones que buscan la reducción de daño o la complicación de salud. Por tanto, las políticas públicas de salud deberán construir estrategias para poner en tensión y resignificar la noción de cuidado, asumiendo que la obediencia de indicaciones sin la recuperación del sujeto y su experiencia vital no rinde los frutos esperados.

---

<sup>25</sup> Butler piensa la precariedad como aquellas personas que no merecen ser lloradas por el sistema.

Lo que aquí he expuesto es el inicio de una serie de reflexiones, que considero necesarias para poder mejorar la condición de vida integral de las personas, sin embargo se requiere generar diversas propuestas de investigación que permitan complejizar la noción de cuidado y sus efectos en los estilos de vida de las personas que viven con CCS.

Uno de los elementos que considero una vía importante de trabajo, es el énfasis en los procesos de relación de las personas, ya que tanto las consignas subjetivas de la modernidad como la cultura de la indolencia se cristalizan en las interacciones cotidianas, median las formas de insertar a una persona con CCS en el tejido social y comunitario. Uno de los grandes retos es generar acciones de salud con sensibilidad al otro, posibilidad del vínculo, como la aceptación del error, lo cual abre una brecha importante en la formación de personal de salud, de intervención social y en políticas públicas.

Por último, considero que cuestionar la noción de cuidado nos permite tensionar sus elementos estructurales, y traspolarlo a otros ámbitos de comprensión; dudar de las consignas yo pienso, domino, produzco y consumo, puede llevarnos a la integración de la experiencia vital, la emergencia del sujeto más allá de los roles sociales asignados y la reconfiguración del tejido social.

### Referencias bibliográficas

Bauman, Zygmunt. El arte de la vida. Buenos Aires: Paidós. 2009.

Butler, Judith. Vida precaria. El poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós. 2004.

Cornejo, Giancarlo. "La guerra declarada contra el niño afeminado". Íconos. Revista de Ciencias Sociales, num 39 (2011): 79-95.

Dussel, Enrique. Historia de la filosofía latinoamericana y filosofía de la liberación . Bogotá: Nueva América. 1994.

Dussel, Enrique. Para una ética de la liberación latinoamericana. Tomo I. Buenos Aires: S. XXI. 1973.

Ellis, Carolyn; Adams, Tony y Bochner, Arthur. "Autoetnografía: Un panorama". Astrolabio num 14 (2015): 249-273.

Han, Byung-Chul. Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Barcelona: Herder. 2014.

Maturana, Humberto. Emociones y lenguajes en la educación y política. Santiago: J C Saez. 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. 09 de 08 de 2016. [https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com\\_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en](https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=en).

Sánchez Torres, William Camilo y Paola Andrea Ortiz Rendón. "La netonografía, un modelo etnográfica en la era digital". Espacios Vol: 38 num 13 (2017).

Sousa, Boaventura de. *Crítica de la razón indolente*. Bilbao: Desclee. 2000.

Turpo, Osvaldo. "La netnografía: un método de investigación en Internet". *Educar* num 42 (2008): 81-93.

Varela, Francisco, Evan Thompson, y Eleanor Rosch. *De cuerpo presente*. Barcelona: Gedisa. 1997.

Zemelman, Hugo. "Pensar teórico y pensar epistémico: los retos de las ciencias sociales latinoamericanas". Conferencia Magistral, Universidad de la Ciudad de México. Vol. 10. 2001.

Zemelman, Hugo y Alicia Quintana Martínez. *Conocimiento y sujetos sociales: contribución al estudio del presente*. México DF: Colegio de México. 1987.

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Salud y Bienestar Colectivo**.