



**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**LA GENTE HACE LO QUE QUIERE.**

LA APREHENSIÓN DEL MANDATO BIOMÉDICO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN  
AL PADECER CRÓNICO EN LA PERSONA MAYOR

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES**  
CON ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE GRUPOS E INSTITUCIONES

PRESENTA

**ELÍAS VARGAS AMEZCUA**

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. CLAUDIA MÓNICA SALAZAR VILLAVA**

CIUDAD DE MÉXICO A 07 DE FEBRERO DE 2022

A mis padres, quienes me enseñaron que, a pesar de vivir con padecimientos crónicos, la vida siempre es potencia.

Tiempo después, Dios quiso probar a Abraham y lo llamó: "Abraham".  
Respondió él: "Aquí estoy".  
Y Dios le dijo: "Toma a tu hijo, al único que tienes y al que amas, Issac, y vete a la  
región de Moriah.  
Allí me lo ofrecerás en holocausto, en un cerro que yo te indicaré"

*Libro del Génesis 21, 22, 1-3*

# Tabla de contenido

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	3
UNA PREGUNTA A INVESTIGAR .....	16
HIPÓTESIS .....	19
LA RELEVANCIA DE ESTUDIAR LA APREHENSIÓN DEL MANDATO BIOMÉDICO .....	21
CAPÍTULO 1. LA BÚSQUEDA DE UNA REALIDAD, EL MANDATO BIOMÉDICO.....	29
LA MEDICALIZACIÓN: ELIMINAR EL LITIGIO .....	29
¿Qué es la medicalización? .....	32
La eliminación del litigio .....	34
Consenso .....	39
EL MANDATO COMO TECNOLOGÍA DE GOBIERNO.....	41
Transferencia de la responsabilidad .....	41
El autocuidado como tecnología de gobierno .....	47
El sujeto del autocuidado .....	50
Subjetivación y resistencia .....	58
EL MANDATO COMO ORDEN SENSIBLE .....	62
Comprender.....	62
Verificación de la igualdad .....	64
Mandato despótico.....	67
ONTOLOGÍA DEL MANDATO: EL IMPERATIVO .....	71
Imperativo.....	72
Lo no apofántico: obedecer por fe.....	73
EL MANDATO COMO OBJETO .....	75
CAPÍTULO 2. DE LA PERSPECTIVA PROCESUAL A LA METODOLOGÍA.....	77
EL PROCESO.....	78
Subjetividad .....	79
La interrelación multidimensional y heterogénea .....	81
El saber .....	83
El padecer .....	85
Los espacios y las familias.....	86
Los actores significativos .....	88
La complejidad.....	89
La atención como proceso .....	92
LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	92
El dispositivo.....	93
Las herramientas .....	94
Las unidades de análisis .....	95
Delimitación espacial .....	96
Procedimiento.....	97
Análisis .....	99
CAPÍTULO 3. LAS CONDICIONES DEL CAMPO A ESTUDIAR.....	100
UNA ÉPOCA DE TRANSICIONES: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA .....	100
Envejecimiento poblacional.....	101
Comportamiento epidemiológico .....	108
Padecimientos crónicos y vejez.....	119
Recursos económicos y acceso a servicios sanitarios.....	120
EL CAMINO A LA CAMPESTRE ARAGÓN.....	124
Alcaldía Gustavo A. Madero.....	124
La Campestre Aragón y los participantes .....	128

CAPÍTULO 4. RESPONSABILIZAR A LAS PERSONAS MAYORES CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS: EL SUJETO DEL AUTOCUIDADO.....	137
CADA QUIEN ES RESPONSABLE DE SU PERSONA: CULPAR A LAS PERSONAS MAYORES.....	137
GOBERNAR A LAS PERSONAS MAYORES CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS.....	142
<i>La persona mayor con padecimientos crónicos: un sujeto emergente.....</i>	143
<i>El sujeto del gobierno: la persona mayor con padecimientos crónicos, un riesgo.....</i>	146
<i>Controlar las enfermedades crónicas: la emergencia y la priorización .....</i>	153
EL AUTOCUIDADO COMO TECNOLOGÍA DE GOBIERNO .....	157
<i>Antes no había tanta ciencia .....</i>	159
<i>Chécate, mídete y pésate: las tecnologías de autocuidado.....</i>	167
<i>Los factores del control tienen que ver con el mismo paciente.....</i>	170
<i>Voluntad y empoderamiento.....</i>	176
UMBRAL .....	180
CAPÍTULO 5. EMBRUTECER.....	183
EL MANDATO DESPÓTICO: LA DISTRIBUCIÓN SENSIBLE .....	183
<i>Las hierbitas son menos efectivas: El saber como designador de posiciones y funciones... ..</i>	185
<i>Los médicos ocupan un lugar elevado .....</i>	190
UN “DÍA NORMAL” EN LA CONSULTA: EXPLICAR LA DESIGUALDAD.....	194
<i>No les digo porque me regañan: la amenaza al castigo.....</i>	200
CONFÍO EN ELLOS COMO EN DIOS: EL CONSENSO.....	205
<i>El buen médico y el mal médico.....</i>	206
A MÍ NO ME EXPLICAN NADA: CONFIRMAR LA DESIGUALDAD DE INTELIGENCIAS .....	216
<i>A mí no me explican nada.....</i>	219
<i>Le hablan a uno con palabras de médico que uno no entiende.....</i>	224
UMBRAL .....	226
CAPÍTULO 6. LA APREHENSIÓN DEL MANDATO EN LA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN. ....	231
SABERES ETIOLÓGICOS.....	231
<i>Del padecer crónico .....</i>	232
<i>Las complicaciones.....</i>	242
<i>Las explicaciones.....</i>	244
BÚSQUEDA DE ATENCIÓN Y SABERES DIAGNÓSTICOS.....	245
<i>Voy al médico hasta que de plano ya no aguanto: la búsqueda de atención.....</i>	245
APRENDER A ATENDER Y CUIDAR: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN.....	258
<i>Uno aprende a atender y cuidar como va viendo.....</i>	260
<i>Sistema de elección del modelo de atención .....</i>	264
UMBRAL .....	269
CAPÍTULO 7. LA DES-OBEDIENCIA .....	271
ELIMINACIÓN DEL LITIGIO: IMPERATIVO .....	271
LA GENTE SIEMPRE GUARDA AUTONOMÍA: EL INELUDIBLE LITIGIO .....	278
ME QUITAN TODO. DES-OBEDIENCIA A LA ORDEN MÉDICA .....	282
<i>Los buenos y los malos mandatos .....</i>	285
<i>Tácticas de des-obediencia.....</i>	290
RESISTENCIA AL ABSURDO BIOPOLÍTICO .....	297
<i>El mandato absurdo.....</i>	297
<i>El médico soberano .....</i>	305
<i>El absurdo biopolítico.....</i>	314
UMBRAL .....	320
CAPÍTULO 8. DES-OBEDECER, DES-RESPONSABILIZAR Y EMANCIPAR.....	324
BIBLIOGRAFÍA .....	357
ANEXO .....	380

## Abreviaturas usadas

AVC:	Accidente Vascular Cerebral
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
BM:	Banco Mundial
CDMX:	Ciudad de México
CENAPRECE:	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CONAPO:	Consejo Nacional de Población
CONEVAL:	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CON SAR:	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
DESC:	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DM:	Diabetes Mellitus
DM2:	Diabetes Mellitus tipo 2
DOF:	Diario Oficial de la Federación
ECNT:	Enfermedades crónicas no transmisibles
ENIGH:	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT:	Encuestas Nacional de Salud y Nutrición
ENT:	Enfermedades no transmisibles
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EV:	Esperanza de Vida
EVC:	Enfermedad Vascular Cerebral
	FMI: Fondo Monetario Internacional
HTA:	Hipertensión arterial
IAAM-D.F.:	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM:	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INSABI:	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP:	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMENT:	Observatorio Mexicano de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX:	Petróleos Mexicanos
Proceso S/E/A:	Proceso salud/enfermedad/atención
SEDESA:	Secretaría de Salud de la Ciudad de México
UNAM:	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH-Sida:	Virus de inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

## **Agradecimientos**

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo, confianza, cariño, cuidado y a la generosidad de varias personas. Sin ellas, nunca hubiese logrado el estímulo, saber e impulso necesario para desarrollar esta investigación. Por principio de cuentas debo agradecer a las personas que me abrieron las puertas de sus hogares y compartieron conmigo sus historias. En ellas encontré no sólo material empírico, sino una fuente invaluable de experiencia que me obligó a repensar la vejez, el envejecimiento y los procesos salud-enfermedad-atención y cuidados. Muchas veces las historias y los momentos de entrevista fueron complicados, pero siempre recuerdo las palabras de Josefina cuando me dijo que había encontrado un espacio para hablar de cosas que no podía decir a su familia o a los médicos. Espero que, para todas estas personas, este proceso, haya tenido alguna utilidad, pues para mí son imprescindibles sus aportaciones.

Agradezco a la Dra. Claudia Mónica Salazar Villava, quien no sólo ha sido la directora de tesis de esta investigación, sino que la considero una aliada entrañable que me ha dado la oportunidad de retarme en el trabajo académico y de investigación. Su confianza, guía y aportaciones al trabajo me llevaron a re-pensar el modo en que había trabajado la investigación en ciencias sociales. Sus enseñanzas serán imperecederas.

A las y los sinodales que han brindado el tiempo, incluso con sus múltiples ocupaciones, y que han ofrecido su saber para fortalecer este trabajo y que amablemente han mostrado su disposición. Mi sincero agradecimiento.

Las y los compañeros del posgrado, especialmente a mis compañeras (os) del área de Psicología Social de Grupos e Instituciones. Las discusiones y camaradería son entrañables.

Gracias a mi familia. A mis padres, Bernarda, la esposa de mi padre, y hermanos, Luis y Mariana, que siempre han estado ahí cuando los he necesitado.

Ellos me han mostrado el valor del cuidado y el amor. A Nigte, le agradezco que siempre estuvo ahí y estoicamente soportó mis elucubraciones. Sin duda, su apoyo y cariño fue un punto de cimentación, sólo tengo agradecimiento para ella. A Adriana, que mostró su interés por mi trabajo y me abrió una puerta donde trabajar serenamente mientras veíamos a los pájaros comer en el balcón; a Marina, que en un mal momento de salud me mostró su solidaridad. A María S., quien me brindó de manera muy amable y dulce su apoyo.

Al Dr. Pedro Valdés Corchado, entonces Coordinador de Geriátría, del IAAM-D.F., quien aceptó y promovió mi trabajo en esa Institución. Al personal operativo que me acompañó y asesoró en el trabajo en campo.

Agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. En esta casa *abierta al tiempo* encontré un espacio de excelencia académica y con la apertura necesaria para ejercer la creatividad en la investigación. Finalmente, agradezco al CONACYT por la beca que me otorgó para realizar mis estudios.

Gracias a las personas que me ofrecieron su solidaridad, confianza, conocimiento, apoyo, compañía y cariño en cada paso dado, les debo toda mi gratitud.



## RESUMEN

En el mundo y en nuestro país la morbimortalidad y complicaciones relacionadas con las enfermedades crónicas viene aumentando, principalmente en las personas mayores. Pero, el padecimiento crónico que enfrentan las personas, en especial las mayores, no son únicamente una crisis epidemiológica, sino que representa tanto la reorganización de los modos de vida, aprender a vivir con el padecimiento, el cuidado de sí y un punto de clivaje cultural, subjetivo, económico y vivencial; por tanto, no pueden ser entendidos y tratados únicamente desde una óptica *medicalizante*. Es así que resulta necesario un trabajo que permita comprender cómo aprehenden el mandato biomédico las personas mayores con padecimientos crónicos tanto como tecnología de gobierno, imperativo y distribución sensible en sus formas de vida. El objetivo de esta investigación es la descripción y análisis de la aprehensión del mandato biomédico por la persona mayor que vive con padecer crónico, y que recibe atención médica, en el espacio doméstico urbano de la Ciudad de México. Para lograr este objetivo se ha planteado una estrategia metodológica cualitativa basada en un enfoque de análisis procesual y utiliza una estrategia etnográfica que incluyó la reconstrucción de la trayectoria de la atención del padecimiento crónico. De esta manera, se concluye que los sujetos, en lugar de actuar como obedientes gestores del imperativo, aprehenden el mandato a través de prácticas de *des-obediencia*. Se sostiene que existe una relación consensual entre las personas con el padecimiento y el dispositivo biomédico. Y, por último, que en esta aprehensión opera una condición aporética donde, a la vez, que la racionalidad política neoliberal supone la transferencia de la responsabilidad de la atención de las enfermedades crónicas al mismo individuo, el dispositivo biomédico mantiene una distribución sensible antipolítica donde se verifica sistemáticamente la desigualdad de saberes e inteligencias y confirman la “incapacidad” de las personas con el padecimiento. Todo lo cual lleva a una situación de *des-responsabilidad* y como consecuencia se clausuran los procesos de atención emancipatorios.

Palabras clave: Persona mayor, padecimiento crónico, mandato biomédico, proceso de atención, biopolítica

## **ABSTRACT**

In the world and in our country, morbidity and mortality and complications related to chronic diseases have been increasing, mainly in the elderly population. But, the chronic illness that people face, especially the elderly, is not only an epidemiological crisis, but it also represents the reorganization of ways of life, learning to live with the disease, self-care and a culturally, subjective, economic and experiential cleavage point; therefore, they cannot be understood and treated solely from a medicalizing perspective. Thus, it is necessary to work on understanding how older people with chronic conditions interpret the biomedical mandate as well as technology of government, imperative and distribution of the sensible in their ways of life. The objective of this research is to describe and analyse the apprehension of the biomedical mandate by the elderly person who lives with chronic illness, and who receives medical attention, in the urban domestic space of Mexico City. To achieve this objective, a qualitative methodological strategy based on a processual analysis approach has been proposed and it uses an ethnographic strategy that includes the reconstruction of the trajectory of chronic disease care. In this way, it is concluded that the subjects, instead of acting as obedient managers of the imperative, apprehend the mandate through non-obedience practices. It is argued that there is a consensual relationship between people with a condition and the biomedical device. Finally, it is in this apprehension that an aporetic condition operates where, at the same time, the neoliberal political rationality supposes the transfer of responsibility for the care of chronic diseases to the individual, the biomedical device maintains a sensitive antipolitical distribution where it systematically verifies the inequality of knowledge and intelligence and confirms the "disability" of people with the condition. All of which leads to a situation of dis-responsibility and as a consequence the emancipatory care processes are closed.

Keywords: Elderly person, chronic disease, biomedical mandate, care process, biopolitics

## INTRODUCCIÓN

El historiador Phillipe Ariès (2000) reconoce que, a partir del siglo XIX, con la “medicalización”, los enfermos quedaron atrapados en el “ciclo médico” y con ello, entre otras cosas -afirma- que el dominio de la muerte y la enfermedad fueron puestas en manos del equipo sanitario avalado por la complicidad de la familia y la sociedad. Por ejemplo, en el análisis que este historiador elabora de *La muerte de Iván Ilich* de Tolstoi, se observa cómo los enfermos y sus familias asumen una “nueva” moral que indica sus deberes y comportamientos respecto al manejo de la enfermedad; por lo que desde su visita al médico los principales desvelos de Iván Ilich -comenta Ariès- eran seguir estrictamente las recomendaciones en lo referente a los medicamentos e higiene; en tanto que la esposa de este personaje, Praskovia Fiódorovna, “hace como si creyera que está enfermo porque no se cuida correctamente, no sigue su régimen y no toma sus medicamentos” (Ariès 2000, 277).

Asimismo, Simone de Beauvoir, en *La ceremonia del Adiós*, al describir la trayectoria del padecimiento y muerte de Jean-Paul Sartre deja ver las dificultades de este hombre para adscribirse al mandato médico y a la subjetivación del autocuidado, pues para este filósofo seguir las instrucciones médicas implicaba cambiar radicalmente sus formas de vida; es más, en alguna ocasión, cuando se le ordenó reducir el consumo de vino y dejar el cigarrillo, molesto declaró: “Digo adiós a sesenta años de mi vida” (De Beauvoir 2017, 79).

Durante el trabajo que he desarrollado con personas que viven con padecimientos crónicos he podido observar -de manera similar- que con la pronunciación del imperativo biomédico se espera que un *ficticio* individuo, descontextualizado, sin condicionantes materiales, arrelacional, ahistórico, acultural, volitivo y racional, asuma obedientemente y de manera eficaz el mandato médico, cuando seguirlo implica en muchas ocasiones un punto de clivaje radical en cuanto las formas de vida y prácticas cotidianas.

No es secundario referir que este tipo de padecimientos y discapacidades crónicas, que han *emergido*<sup>1</sup> -y han cuestionado el modelo de la enfermedad aguda- a partir del siglo XX (Moscoso 2011; 2013; Arney y Bernard 1983; Weisz 2014; Manderson y Smith-Morris 2010; Galvin 2002; Moulin 2006; Domínguez 2017; Lozano 2019; Rose 2012), han pasado a formar parte de la vida e identidad de una gran proporción de sujetos y a veces de los grupos sociales (Menéndez 2018), pues “remite[n] a una situación irreversible de vida” (Domínguez 2017, 378). Como refiere Bury (1982), esta condición implica una *disrupción biográfica* que perturba las estructuras de la vida cotidiana y las formas de saber. Esto representa una larga coexistencia del paciente con los fallos orgánicos que lo lleva a la reorganización de la vida a través de una medicación permanente o al menos de una vigilancia regular que el paciente integra en su proyecto de vida (Moulin 2006). Tal como Gadamer (2017) reconocía, las enfermedades crónicas plantean un tipo de problema diferente no sólo a la medicina, sino a las personas mismas por cuanto no están acompañadas de la esperanza de que desaparezca o por la certeza de que pueden ser suprimidas, entonces todo depende del cuidado del enfermo que debe aprender a aceptar su enfermedad y a convivir con ella en la medida que ésta se lo permita.

Es así que resulta necesario un trabajo que permita comprender cómo aprehenden el mandato biomédico las personas mayores con padecimientos crónicos, pues no podemos dejar de lado el hecho de que aunque las enfermedades no transmisibles, sus complicaciones y discapacidades crónicas son condiciones de vida irreversibles y temas acuciantes en las políticas sanitarias, lo cierto es que tanto la prevalencia de estas enfermedades, como sus complicaciones y las condiciones de discapacidad, relacionadas con éstas, no han sufrido cambios importantes a pesar de las acciones y programas enfocados a su prevención y atención; incluso

---

<sup>1</sup> Esta emergencia no significa que las enfermedades, dolores o discapacidades crónicas no hayan estado presentes en otros momentos o épocas, sino que es en este momento histórico en el que son enunciados y visibilizados por una serie de saberes, tecnologías de gobierno y procesos subjetivantes como un campo problemático por los posibles efectos que pueden acarrear en términos sociales, sanitarios, económicos y políticos.

entre la población que ha recibido algún tratamiento médico para controlar la enfermedad. No es secundario que se proyecta que la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la reducción de mortalidad prematura por estas enfermedades no sea alcanzada (Bennett, Stevens, y otros 2018; Bennett, Stevens, y otros 2020); o que la Secretaría de Salud en México emitió durante el 2016 dos declaratorias de emergencia epidemiológicas, la E-3-2016 (CENAPRECE 2016), enfocada a los casos de enfermedades por Sobrepeso y Obesidad, y la E-4-2016 (CENAPRECE 2016b) a la diabetes mellitus; y que fueron ratificadas dos años después, en 2018 (CENAPRECE, 2018b; 2018). En tanto, que en el *Programa Sectorial de Salud* de la actual administración se señala respecto a los padecimientos crónicos que: “México se encuentra ante un grave problema de salud pública, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas son ya una pandemia que afecta tanto a la salud individual y poblacional afectando directamente la productividad, economía y bienestar del país (Secretaría de Salud 2020, s/p).

Cabe mencionar que si bien, en un principio, el *mandato* no había sido considerado y el estudio se fijaba en las prácticas y representaciones en la atención a los padecimientos crónicos de las personas mayores, a medida que las observaciones y entrevistas -durante el trabajo en campo de la presente investigación- iban generando información y, al poner en diálogo ésta con información epidemiológica, así como ciertos aportes teóricos, es que el mandato, visto como una *interfaz*, cobró relevancia como el eje de análisis al abrir la posibilidad de comprender la relación entre racionalidad política, orden de gobierno y los procesos de atención en el espacio doméstico. Es así que de esta manera aconteció el *mandato biomédico* como un elemento central al enmarcarlo como una *tecnología de gobierno*, un *imperativo* y como un *reparto de lo sensible*. Es importante señalar que el “mandato biomédico” es entendido en este trabajo como una tecnología de gobierno, que se expresa en forma de imperativo, y que supone cierta distribución de lo sensible y un sistema de prácticas prescritas de autocuidado, dentro del dispositivo biomédico, encaminado, al imponerse y dirigir la conducta, deseos, creencias e intereses de los sujetos, a hacer efectivas las metas

y objetivos de la racionalidad gubernamental de prevenir los efectos de las enfermedades crónicas a través de su regularización.

Pero, volviendo a los casos que generaron la pregunta de investigación, se puede decir que mientras que los facultativos generalmente afirmaban que “ellos salvaban vidas” (a lo que he dado por llamar “empeño salvífico”) y para hacerlo cuentan con la autoridad para emitir mandatos, también decían que “ellos ordenaban, pero que la gente hacía lo que quería”. Fue así que, cuando comentaba esto con las personas mayores, ellos reconocían que no cumplían *del todo* las órdenes del médico, pero me señalaban que se debía a que les resultaban, en muchos casos, ajenas a sus condiciones y forma de vida, tanto en términos subjetivos, económicos, culturales y sociales; y a que, en realidad, el médico siempre ordenaba y simplemente esperaba obediencia voluntaria, sin explicar nada.

Habría que dar cuenta de que esta “desobediencia” a las prescripciones no parecía ser una excepción, sino que siempre existe una fractura entre lo prescrito por la biomedicina y el acatamiento por las personas (Amuchástegui y Ojeda 2018). Por ejemplo, es común que las personas las reinterpreten (Mendoza 2011) y se resistan al control de la medicina (Moulin 2006), pues el seguir las indicaciones de autocuidado se encuentran sujetas a las condiciones de vida (Domínguez 2017) e incluso hacerse cargo de la enfermedad y adherirse al tratamiento depende de una serie de condiciones sociales y económicas (Del Monaco 2013); pero también es un proceso que requiere una administración diferente de la vida (a veces radical) e incluye, además de las biomédicas, aprender a vivir con el padecimiento, la transformación de las relaciones, decisiones y prácticas cotidianas de cuidado de sí (Amuchástegui y Ojeda 2018). Como reconoce Menéndez: “Casi siempre habrá diferencias entre lo recomendado por el profesional y lo que el paciente y su microgrupo hagan” (Menéndez 2018, 108). Para este mismo autor (2003; 2005; 2018), en los procesos de atención que desarrollan las personas siempre aparece cierta autonomía, apropiación, aprendizaje, modificación y resignificación de los saberes, prescripciones y uso de las terapéuticas por lo que la autoatención no sólo puede ser eficaz para tratar padecimientos, sino que a partir de ello puede

constituirse como un lugar de resistencia, de ejercicio de empoderamiento o incluso de contrahegemonía; igualmente, supone que a pesar de que la biomedicina es hegemónica y los grupos subalternos incorporan sus conceptos como propios, éstos no realizan la reproducción de manera idéntica de los modelos hegemónicos, sino que los reproducen, reinterpretan y les dan significados bajo contextos específicos.

Pero, si entendemos que estas tecnologías de poder sólo se pueden ejercer sobre sujetos libres y sólo en la medida en que son libres, debemos reconocer que son sujetos que se enfrentan a una diversidad de posibilidades donde pueden tener diversas respuestas al mandato, no sólo la obediencia o resistencia, sino que pueden adaptarlos para así generar formas para poder vivir con ellos. Por supuesto que lo anterior nos conduce a un reconocimiento de la relevancia de preguntarse por las condicionantes para atender a las prescripciones médicas; pero también a una afirmación vitalista de la aprehensión al mandato biomédico, que va más allá de la obediencia a las prácticas de salud definidas biopolíticamente y aplicadas por una de sus principales estrategias que es la biomedicina. Habría que sacar a la vida, el padecer y la atención de la herencia y gobierno biologizante de la biopolítica que define particularmente la racionalidad biomédica. Caben las afirmaciones de Agamben (2007; 2017), quien señala que la definición técnica de la vida en la medicina ha separado las funciones vegetativas de las de relación intelectivas y selectivas; es decir, que el viviente ha sido reducido a una realidad puramente biológica. Para este filósofo, el concepto de vida en la ideología médico-científica, que hoy se presenta con las características de una noción científica, es en realidad un concepto político secularizado que tiene la función de control político. Esta vida, de acuerdo a su propuesta, es una forma secularizada de la *nuda vida*. Una vida que ha sido escindida y separada de su forma (Agamben 2017; 2010) y, en este caso, ha sido ceñida a un dato puramente biológico (Agamben 2011). Es así que se supone que la medicina moderna asume en su base una cesura y articulación de la vida, cuyo origen es metafísico político y no biológico científico. Entonces, Agamben (2010; 2014; 2017) contrapone la *forma-de-vida* (como una vida política) a la *nuda vida*. La forma-de-vida -para Agamben- es una vida que no puede ser separada de su forma, es decir, donde la separación entre vida natural y vida política no puede

ocurrir, y en la que su vivir se trata de su *modo de vivir*. Esto es, que, en sus modos individuales, los actos y los procesos de vivir siempre son *posibilidades* de vida; siempre son *potencia*. Como él mismo dice: “La forma de vivir humano nunca está prescrita por una específica vocación biológica ni fijada por una necesidad cualquiera, sino que siempre conserva, por consuetudinaria, repetida y socialmente obligatoria que sea, el carácter de posibilidad real, es decir, siempre pone en juego el vivir mismo[...]” (Agamben 2017, 372).<sup>2</sup>

Así es entendible que la vida siempre escapa, amenaza o se resiste a la reducción y control de las tecnologías biopolíticas (Giorgi y Rodríguez 2009; Bazzicalupo 2016; Sibilia 2010; Deleuze 2016). Esto mismo ya lo sabía Foucault, cuando señalaba que: “habría que hablar de “biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte el poder-saber en un agente de transformación de la vida humana; [pero] esto no significa que la vida haya sido exhaustivamente integrada a técnicas que la dominen o administren; escapa de ella sin cesar” (Foucault 2000, 173).

Por otra parte, los facultativos afirmaban, en charlas anteriores a esta investigación, que el descontrol de las enfermedades crónicas se debía a que las personas no tomaban su medicación y tampoco cambiaban los estilos de vida riesgoso, pues –según ellos- “la gente sólo se toma las pastillas hasta que sienten dolor”. De esta manera solían culpabilizar a las personas al considerar que las afectaciones negativas eran autoinfligidas al no seguir las instrucciones médicas pues, al parecer, “los sujetos se convierten en responsables de su dolencia frente a las demandas de la biomedicina” (Del Monaco 2013: 70).

La culpabilización y estigmatización no son exclusivas de estos médicos, sino que, ante el comportamiento epidemiológico de las morbilidades y comorbilidades crónicas, así como sus complicaciones, discapacidad y muerte relacionadas, se puede encontrar entre familiares, colegas, amigos, profesionales de la salud y medios de comunicación (Chapple, Ziebland, y McPherson , 2004; Browne , y otros

---

<sup>2</sup> En *Medios sin fin* (Agamben 2010), es posible encontrar una definición casi idéntica.



2013; Teachman y Brownell, 2001; Friedman, y otros, 2010; Amuchàstegui y Ojeda 2018; Egger y Dixon, 2014; Galvin, 2002); así como en los individuos mismos a través de una autoculpabilización (Plaufcan, Wamboldt, y Holm 2012) y auto-recriminación (Galvin 2002).

Cabe decir que esta culpabilización y estigmatización no son particulares de la actualidad, pues en diferentes momentos históricos ha estado presente el hecho de que la salud es un asunto de responsabilidad personal y la enfermedad es la consecuencia o el castigo derivado de faltar a los marcos morales instituidos (Bertran y Sánchez 2009; Sontag 2008; Galvin 2002; Puhl y Heuer 2010; Browne, y otros 2013). Pero aquí es preciso observar las condiciones de posibilidad histórica de éstas, pues es factible señalar que estamos en un momento en el que la salud se ha vuelto un deber y la enfermedad es considerada una falla moral (Rose 2001; 2012; Abenshushan 2021; Sanz 2021; Galvin 2002). Por ello, la salud se ha vuelto una obsesión y en una verdad que nos obliga a luchar en contra de la enfermedad y la obsolescencia (Sibilia 2010; Moulin 2006; Cerecedo, Tovar y Rozadilla 2013) e incluso Han -con su tesis de exceso de positividad<sup>3</sup> (Han 2012; 2014b; 2013; 2016)- sugiere que actualmente se rechaza al sufrimiento y el dolor, debido a que representan la “negatividad por excelencia” pues son contrarias e incompatibles con el rendimiento” (Han 2021).

Pero, lo que resulta preciso atender es el hecho de que, como Galvin (2002) refiere, la enfermedad crónica, en su actual forma conceptual, ha sido modelada por la racionalidad neoliberal, específicamente en su interacción con la noción de responsabilidad individual y elección personal por lo que conceptos como “estilos de vida”, “comportamiento” y “elección” han sido construidos bajo este marco de veridicción que colocan la responsabilidad en el individuo. De tal manera que

---

3 Según la tesis de Byung-Chul Han, en la actualidad estamos siendo testigos de la institución del *infierno de lo igual* en la que domina un exceso de positividad en las sociedades neoliberales. Esta caracterización señala el momento social en el que la negatividad ha cedido el paso y ha sido desmontada a favor de una “sociedad positiva”; es decir, un régimen totalitario de lo idéntico en la que lo negativo, como aquello que contradice la norma, el orden, el valor y que permite el desarrollo de la historia y de la vida misma, es negado. En este tipo de sociedad lo igual responde a lo igual. La negatividad de lo *otro* y de lo *extraño*, o la resistencia de lo *otro*, es considerado una perturbación. En esta situación la sociedad se uniforma y nivela al sujeto hasta convertirlo en un elemento funcional de un sistema.

quienes no evitan y se exponen a las conductas de riesgo son considerados socialmente como incapaces de cuidarse a sí mismo, irresponsables, personas irracionales que se desvían de las normas y ponen en riesgo a la sociedad saludable, por lo que demandan control y, en su caso, acciones disciplinarias y represivas que protejan a la sociedad (Carvalho, Resende y Sater de Oliveira 2019; Castiel y Álvarez-Dardet 2010; Galvin 2002; Rose 2012); mientras que las personas saludables son el ideal simbólico del ciudadano neoliberal, autónomo, activo y responsable. Como consecuencia, en las sociedades neoliberales y de riesgo -dice Galvin (2002)-, quienes enferman crónicamente son considerados como que fallaron en sentido moral, pues el sujeto que es incapaz de administrar su libertad al elegir “saludablemente” es impelido a ser considerado culpable. Esto es similar a lo que señalan Castiel y Álvarez-Dardet (2010), pues, para ellos, el modelo preventivo exacerbado y persecutorio, que se basa en la responsabilidad personal, como referencia central al estilo de vida saludable, aparece como una de las modernas formas de regulación moral a través de nuevas estrategias de culpabilización socialmente instituidas.

Entonces, dicha culpabilización surge a partir de infringir la moralidad establecida por la racionalidad política actual, en la cual, el sujeto saludable tiene por deber obedecer el mandato de autocuidar y ser auto-responsable de la salud de su cuerpo, mantener una actitud *fitness*<sup>4</sup> y evitar los comportamientos de riesgo realizando prácticas mandatadas para la prevención y control de las enfermedades crónicas. Esta responsabilización (entendida como el proceso subjetivante e individualizado por el cual un individuo se hace cargo, asume y *cumplirá* con los fines de la racionalidad gubernamental a través de sus propios recursos y trabajando sobre sí mismo) e inherente culpabilización de la propia persona dentro de la racionalidad gubernamental neoliberal o de liberalismo avanzado implica que detrás de la aparente libertad del individuo se esconde una estructura coercitiva, por lo que la racionalidad gubernamental neoliberal culpabiliza al individuo de su propia

---

4 El término *fitness* es entendido en este trabajo como el ajuste de las aptitudes, acciones, corporalidades y subjetividad de la población y los individuos a las exigencias normativas de la salud, pero en términos de la maximización de la capacidad corporal de acuerdo a los principios del mercado, consumo y del “empresario de sí mismo”.

desgracia (Pyysäinen, Halpin y Guilfoyle 2017; Illouz, 2014; Rose 2000; Ugarte 2005, 52; Lazzarato 2019; Han 2014; 2014b).

Otro punto, relacionado con el anterior, es que si bien hemos visto que se le ha transferido la responsabilidad de la salud y la enfermedad al individuo por medio del autocuidado a la vez se consideran negativas los saberes de autoatención. Por principio hay que reconocer que las personas que viven con padecimientos no transmisibles y sus microgrupos, para sortear el hecho de las muertes prematuras o reducción de la esperanza de vida, han tenido que desarrollar saberes específicos y constituirse como partes activas del proceso de atención que la mayoría de las veces se realizan de forma autónoma o articulada entre la *autoatención* y otras formas de atención<sup>5</sup> (Menéndez 2003; 2018). Pero, como sostiene Menéndez, si bien la biomedicina debería enseñar a la gente a prevenirse, autoatenderse y automedicarse, debido a que los sujetos tienden a apropiarse de los saberes del médico, y aun por el hecho de que esta misma biomedicina, condicionada por

---

5. En el panorama latinoamericano Menéndez (2003) define los *Modelos de Atención* como las actividades tanto de la biomedicina como de otras fuentes que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. En esta propuesta, el Modelo Médico Hegemónico está representado por la atención biomédica (medicina científica) que mantiene una relación de hegemonía sobre otros saberes médicos. Es referida a médicos de primer nivel y de especialidades en instituciones privadas y públicas. Sus principales características son: biologismo, a-sociabilidad, a- historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, mercantilización de la salud y la enfermedad, tendencia a la medicalización de los problemas y la escisión entre teoría y práctica. El Modelo Médico Alternativo Subordinado está formado por las prácticas médicas tradicionales y alternativas, las cuales han sido estigmatizadas por el modelo médico hegemónico o subordinadas ideológicamente. Las características estructurales que se señalan de este modelo son la totalización psicosomática, ahistoricidad, asocialidad, legitimación comunal o grupal de las actividades curativas, eficacia simbólica, con tendencias al pragmatismo y mercantilismo (Menéndez 1981, citado en Osorio 2001). Finalmente, el Modelo Autoatención es definido como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez 2003, 198; 2018,106). Sin embargo, el aspecto central es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstruye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de “autoatención”, dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no pueden funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención (Menéndez 2003, 191). Es la esfera de la autoatención en donde se puede encontrar la articulación entre el conocimiento biomédico y el saber profano.

procesos sociales, económicos e ideológicos, promueve e impulsa el autocuidado o ciertas prácticas de autoatención,<sup>6</sup> paradójicamente cuestiona, tiene una visión estigmatizante y/o ve negativamente este tipo de prácticas, a las que considera responsable de toda una serie de consecuencias negativas (Menéndez 2005; 2003; 2018). Para este mismo autor, la biomedicina de esta manera contribuye a seguir responsabilizando a la “víctima” de los problemas que le aquejan derivado de las soluciones que se han ideado para autoatenderse (Menéndez, 2003). Entonces - señala este autor-, que a pesar de que existe un proceso transaccional entre la atención profesional y la autoatención, la última tiende a ser ignorada por la biomedicina o a ser considerada como algo escindido de ella en lugar de ver su funcionamiento y relaciones cotidianas (Menéndez 2005; 2018).

Pero este problema va más allá de la articulación o de una relación de hegemonía-subalternidad, pues este mismo autor va a reconocer que: “La biomedicina a la par que cuestiona y ve negativamente a la autoatención, a la que considera responsable de una serie de consecuencias negativas, considera positivamente el autocuidado e impulsa una serie de actividades (por ejemplo, la toma de glucosa y la autoinducción de la insulina) (Menéndez, 2003; 2005). Acaso, ¿ocurre lo que plantean Cerecedo, Tovar y Rozadilla cuando afirman que: “Estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas” (2013:435)?, ¿o lo que señala Castro (2010), cuando precisa que en la gubernamentalidad neoliberal a medida que el sujeto invierte en su autonomía, paradójicamente, provoca una nueva y más sofisticada minoría de edad?

Tratemos de explicar lo anterior. Parecería que el autocuidado es impulsado debido a que es una estrategia de la racionalidad biomédica y la disposición de las partes “armoniosa” en la que las condiciones de vida, los saberes y las mismas personas son distribuidos en un espacio donde sus funciones, lo que dicen, lo que hacen, lo que saben son considerados desiguales y así se mantiene el consenso en

---

6. Para Menéndez (2003; 2018) la autoatención es diferente al autocuidado, pues este último corresponde al modelo de atención biomédico y tiene un enfoque individualista, mientras que la autoatención se refiere al microgrupo a los grupos social y a las relaciones del sujeto consigo mismo.

la cuenta de las partes: donde unos gobiernan a los otros porque tienen cierto *título* y con ello funciones y competencias; mientras, los otros obedecen no sólo porque carecen de los títulos, sino porque están de acuerdo en que este es el orden normal de las cosas. Es decir, las partes (saberes, sistemas de atención y paciente-médico) ocupan una posición que no causa conflicto con el orden desigual y permite que siga operando. Mientras que el proceso de autoatención, que resulta estructural a todas las sociedades, que puede ser un espacio de resistencia o contrahegemonía, donde los sujetos ejercen sus propios saberes e integran los de otros sistemas de atención, y donde las condicionantes operan, es considerada actos de ignorancia o son rechazados, pues en éste se hace evidente este reparto desigual y los elementos *litigiosos* cuestionan la distribución de las partes y la racionalidad de las tecnologías de gobierno. Menéndez, señala que:

Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso sea autónoma, por lo menos en términos de autonomía relativa (Menéndez 2003,198).

Entonces, esto, desde nuestro enfoque implica toda una distribución de posiciones de los que pueden ser vistos y oídos y los que no; de la calidad misma de los saberes y los sujetos. Implica un rechazo a la ruptura del reparto de lo común por una lógica disensual que muestre las divisiones e interrumpa el orden “natural” de dominación que puede ocurrir si la persona logra emancipar su atención. Ranciére (2019b) mismo usaba el ejemplo de los médicos que requerían de los enfermos para curar y para curar las incapacidades -dice- necesitarían producirlas indefinidamente; es decir, capitalizando la impotencia y la crítica que devela la impotencia de los “imbéciles”. Algo similar a lo que Foucault (2005) reconocía con respecto al poder médico y psiquiátrico, pues a través de diversas maniobras, como la sustitución de la voluntad del enfermo por la del médico y hacer que los enfermos

aprendan las jerarquías y el lenguaje de las órdenes, se mantenía el poder médico y estas además eran las supuestas condiciones para la cura.

Menéndez reconoce que el “médico ha tratado históricamente de excluir la participación/información del paciente, pues este puede apropiarse de los instrumentos con los que el profesional trabaja y a través de los cuales es eficaz” (Menéndez 2020, 17). Por supuesto que reconoce también que la biomedicina ha partido del supuesto de que el paciente “no sabe”, está equivocado o no entiende (Menéndez 2020), sin embargo, el conjunto de acciones desarrolladas en la autoatención pone en evidencia la existencia de un saber respecto a los procesos salud/enfermedad/atención (s/e/a) dentro de los microgrupos y especialmente de los domésticos que -más allá de lo erróneo e independientemente de su rango de educación formal- implica que no existe grupo que carezca de estos saberes; los cuales incluso pueden ser apropiados y aprendidos en el momento clínico (Menéndez 1998; 2003; 2005). Esto es como lo que dice Rancière: “no hay ignorante que no sepa ya un montón de cosas, que no las haya aprendido por sí mismo, mirando y escuchando a su alrededor, observando y corrigiendo sus errores” (Rancière 2019b, 16), pero este saber, para el médico, “no es más que un *saber del ignorante*” (Rancière 2019b, 16) es decir, un saber que no entra en la cuenta de las partes.

Por ello es preciso cuestionar y verificar la igualdad y el sometimiento que ordenan los saberes en un sistema de legitimación y posiciones. Es de esta manera que también se busca comprender, al entender que el saber no es sólo un conjunto de conocimiento, sino una distribución de posiciones, cómo se le “enseña” a la persona con el padecimiento su supuesta propia incapacidad y la desigualdad de inteligencias y saberes; es decir el *embrutecimiento* (Rancière 2018; 2019b) y las maneras en cómo las personas, que tienen un saber, aprenden a ubicarse en esta relación desigual o generar sus propias prácticas de resistencia. El resultado es que no se busca verificar la igualdad de conocimientos o sus expresiones, sino la igualdad de *inteligencias* en esta relación, pues la apuesta es generar procesos de atención emancipatorios.

Entonces, consideramos las afirmaciones de Rancière (1996; 2018; 2012) cuando refiere su hipótesis de la verificación de la igualdad -pues como él mismo va a decir, la igualdad “no es más que una presuposición que debe discernirse en las prácticas que se ponen en acción” (Rancière 1996,49)- y, con base en ella, reconoce que hay orden en la sociedad porque unos mandan y otros obedecen, pero, para que se obedezca la orden se requiere de dos cosas: comprender la orden y hay que comprender que se debe obedecerla.

Pero es necesario advertir que este filósofo no está planteando un problema comunicativo como Wittgenstein (2009) o Lyotard (1999), sino que habla de una condición en la que se verifica si el mandato permite una relación igualitaria entre dos inteligencias o si es que a través de ésta se explica la desigualdad. Entonces, es preguntarse si el dispositivo médico permite la inteligencia y saberes de los pacientes; es comprender si en el mandato se expresa la igualdad entre quienes son capaces de entender porque comparten inteligencias (no conocimientos) o si sólo son capaces de seguir instrucciones; si se fuerza la capacidad de los pacientes o si a través de verificar la desigualdad se confirma la superioridad de una parte y la legitimidad de su gobierno. Resulta urgente observar los procesos de atención si consideramos que actualmente estamos en un período histórico en el que por medio del autocuidado el sujeto es responsabilizado de su atención y, por otra parte, parecería que se abandona o se le hace comprender sistemáticamente su incapacidad y desigualdad de saberes mientras se le niega el acceso al conocimiento.

Por otro lado, la culpabilización, al enfocarse en el individuo, evita imputar a un sistema y oculta la cadena de responsabilidades (Egger y Dixon 2014; Singer 1990; 1989; Castro y Farmer 2005; 2003; R. Castro 2010; Logan, Prescott y Katz 2019) y el carácter político de este proceso (Sanz 2021; Galvin 2002). Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de enfermar constituye una variante de la culpabilización de la víctima, negando, por ejemplo, otro tipo de responsabilidades y condiciones sociales, culturales, políticas, económicas. El riesgo colocado exclusivamente en el sujeto -afirma Menéndez- supone explícita o implícitamente

que dicho sujeto es un ser “libre”, pero la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan (Menéndez 1998, 54-55). Habría que analizar las fuerzas estructurales, que limitan o favorecen la aprehensión al mandato, sin embargo, es necesario señalar que en este trabajo se presenta un esbozo, pero por las condiciones de espacio y objetivos no se ha incluido a profundidad el tema.

### **Una pregunta a investigar**

Llegados a este punto vale decir que la apuesta de este trabajo no es buscar “culpables” o responsables, pues -como señala Arendt (2007; 2014; 2015)- el enfoque centrado en la culpa es reduccionista, pues siempre resulta personal. Por supuesto, que no se trata de ocultar la responsabilidad que el sujeto tiene acerca de su padecimiento y su manejo, ni demeritar la importancia de los estilos de vida saludables, al considerarlo como una “víctima” de las fuerzas estructurales. Hacer esto, “puede opacar el hecho de que las personas no son víctimas pasivas, sino sujetos activos de su propia historia” (Bourgois 2010, 47); como tampoco se pretende negar los supuestos políticos que subyacen a la práctica médica, pues “si el científico, el médico o el filósofo no conocen las implicaciones políticas de sus planteamientos, no quiere decir que sus pensamientos estén al margen de las relaciones de poder” (Jiménez 2019, 85). Tal como recomienda Butler, al reconocer que los actos de los sujetos no son mecanismos impersonales derivados de fuerzas sociales, pero tampoco es posible reducir sus acciones a puros actos de voluntad engendrados a partir de sí mismos o síntomas de una individualidad patológica, se trata de situar la responsabilidad individual a la luz y en relación con las condicionantes colectivas, porque “tomar los actos de un individuo como punto de partida de un razonamiento moral significa precisamente la clausura de la posibilidad de preguntar qué tipo de mundo les “da forma” a tales sujetos” (Butler 2006, 40). Por tanto, hubo que reconocer el vínculo entre las racionalidades políticas gubernamentales de la atención a los padecimientos crónicos, junto con el orden



sensible<sup>7</sup> del dispositivo biomédico, así como el imperativo con los elementos interaccionales de los individuos.

Conjurando el supuesto de un paciente pasivo que adhiere su voluntad y acciones a la prescripción médica y que el paciente que desobedece es una anomalía, debemos considerar a una persona con padecimientos que vive en condiciones situadas y que tiene una respuesta activa al mandato. Es así que como De Certeau (1996) propone debemos atender a los modos de hacer cotidianos de los sujetos que no son ni pasivos ni dóciles; pues, como él mismo refiere, a “una producción racionalizada, tan expansionista como centralizada [...] corresponde otra<sup>8</sup> producción” (De Certeau 1996, XLIII) que se encuentra dispersa y que se expresa en las *maneras de emplear* las técnicas impuestas, mandatadas, desde el gobierno biomédico. A través de ello es posible dar cuenta de cómo se subvierten, no necesariamente desde el rechazo o la resistencia, mediante su manera de utilizarlas con fines y en función de referencias ajenas al orden dominante; se trata pues de distinguir y comprender las operaciones cotidianas que proliferan ante el orden y las técnicas del gobierno biomédico. En palabras de De Certeau: “Se trata de “exhumar las formas subrepticias que adquiere la creatividad dispersa, táctica y artesanal de grupos o individuos atrapados en lo sucesivo dentro de las redes de “vigilancia”” (De Certeau 1996, XLV).

Es así que el objetivo de la investigación se trata de comprender cómo el profano, el sujeto que vive cotidianamente con la enfermedad y que es marginado del conocimiento acerca de sus propios padecimientos y procesos de atención por el dispositivo biomédico, aprehende las órdenes médicas y las traduce en sus condiciones cotidianas, donde adquieren sentido; donde entran en tensión dentro de los espacios de emancipación al poder biomédico; en donde están en juego con otros saberes; en donde el acontecimiento, la subjetividad y el deseo condicionan

---

<sup>7</sup> Por “orden sensible” nos referimos, con base en el trabajo de Rancière, en la cuenta y forma de simbolizar las partes de la comunidad que define una división de lo sensible (los modos del hacer, los modos del ser, los modos del decir) y las posiciones que hacen que cada parte de la comunidad sea asignada a un lugar y una tarea. (Ver capítulo I).

<sup>8</sup> Subrayado en el original.

su aplicación; y en donde las condiciones socioeconómicas, culturales y subjetivas limitan la fuerza de aplicación de la terapéutica biomédica. En otras palabras, se busca comprender la manera en cómo estos sujetos, frente a la realidad masiva de los poderes y las instituciones biomédicas, otorgan sentido y realizan actos de inversión y subversión, donde se resisten, obedecen, traducen, movilizan recursos, en los que se hace evidente su relación con el orden dominante al hacer funcionar sus axiomas en el marco de las propias condiciones de los sujetos y se evidencian así las fronteras del conocimiento biomédico sobre los sujetos en su cotidianidad; es decir, donde aprehenden el mandato biomédico.

Cabe mencionar que se ha elaborado un planteamiento teórico-metodológico procesual, que, en su devenir, escapa a toda noción de adherencia al tratamiento. Desde esta perspectiva el proceso de atención es entendido como una compleja red de elementos que están en una constante dinámica de continuidades y discontinuidades a lo largo de la trayectoria del padecimiento, por lo que hace factible reconocer las relaciones y formas de articulación del mandato biomédico con los diversos sectores en juego. Es así que este estudio, desde una perspectiva procesual, que por principio busca elaborar una descripción y análisis crítico que, en vez de analizar la relación mando-obediencia, resistencia-subordinación o la simple interacción médico-paciente, ponga en la palestra la relación, o interfaz, entre la racionalidad, prácticas de gobierno, imperativo y la distribución sensible con la manera en cómo los sujetos actúan, comprenden, viven subjetivante y aplican, en sus procesos de atención y formas de vida, el mandato biomédico como fenómenos entrelazados y dinámicos.

Lo que se llama “aprehensión del mandato” es el proceso en el que a través de las prácticas y significados (que le dan sentido), las personas con el padecimiento y sus familias, trabajan sobre sí, obedecen, traducen, se apropian, resignifican, subvierten, adaptan, modifican, movilizan recursos o se resisten a las tecnologías de gobierno y orden sensible que implica el imperativo biomédico durante la trayectoria de atención. Entonces, la pregunta que guía el trabajo es: *¿cómo aprehende la persona mayor que vive con un padecer crónico, y que*

*recibe atención médica, el mandato biomédico en el espacio doméstico urbano de la Ciudad de México durante la trayectoria de atención?*

Esta pregunta se acompaña de las siguientes interrogantes: ¿cómo se ejerce el mandato biomédico como tecnología de gobierno del autocuidado en el espacio doméstico?, ¿cómo es el orden sensible y la verificación de la igualdad en la aplicación del mandato biomédico?, ¿cómo se integra el mandato, como imperativo, en la trayectoria de atención del padecimiento crónico en el espacio doméstico?, ¿cómo significan el mandato y cuáles son las prácticas que realizan para aprehender el mandato? Todo esto referido a las personas mayores.

### **Hipótesis**

La presente investigación parte del supuesto de que actualmente los procesos de salud-enfermedad-atención (s/e/a), que son estructurales a toda sociedad y momento histórico, han sido suturados al dispositivo biomédico a través de un continuo y sistemático proceso de *medicalización*. Esta medicalización, que supone una condición antipolítica o consensual, pretende eliminar los elementos *litigiosos* de los complejos, situados, dinámicos y acontecimentales procesos de atención que ponen en evidencia y cuestionan la racionalidad y distribución de las partes del dispositivo biomédico.

En segundo lugar, se parte del supuesto de que actualmente el mandato, como tecnología de gobierno, se sustenta en la racionalidad gubernamental neoliberal en la que se individualiza y transfiere la responsabilidad a la propia persona del cuidado de su salud y la prevención, manejo, control y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades crónicas. Esto supone tecnologías de gobierno de autocuidado y procesos subjetivantes, donde emerge el sujeto del autocuidado como un sujeto que se autogobierna de manera activa y auto-responsable; y que tiene como fines la optimización de la salud, así como hacer que su corporalidad encaje en las exigencias normativas actuales.

De igual manera se plantea el supuesto de que la práctica médica, al estar dominada y ordenada “consensualmente” en su ejercicio de gobierno por el

mandato de tipo *despótico* no sólo implica que se exprese en forma de imperativo, sino que es la condición para la reproducción de una distribución sensible de posiciones desiguales y por medio del “embrutecimiento” se reafirma sistemáticamente la desigualdad e “incapacidad” de la persona para poder llevar de manera emancipada su proceso de atención, pues, en vez de forzar su capacidad y saberes, debe “comprender” su posición de inferioridad y exclusión del saber biomédico, así como la confirmación de la necesidad de atención médica y legitimidad de sus títulos.

De esta manera, la tesis de esta investigación es que el *mandato biomédico* aparece como algo desarraigado, opuesto y sin concordancia con las formas de vida de los sujetos. Entonces, los sujetos, en lugar de actuar como obedientes gestores del imperativo, aprehenden el mandato, no sólo en un proceso de síntesis de saberes, sino que se apropian y lo hacen funcionar bajo *otro* registro al realizar actos de inversión y subversión, donde se resisten, obedecen, traducen y movilizan recursos. Es decir, que se hace evidente la relación con el orden dominante al hacer funcionar su racionalidad en el marco de las propias condiciones y formas de vida de los sujetos. Por ello se puede decir que la orden sólo está vigente a través de la *aprehensión* que debe elaborar la persona con el padecimiento al momento de desarrollar sus procesos *s/e/a* en su propia realidad, pues los elementos litigiosos aparecen de manera constante. La atención aparece así como resultado de la zona de indeterminación entre la realidad del sujeto y la ordenanza biomédica y con ello emergen prácticas de *des-obediencia* para convivir con el mandato.

En segundo lugar, se apuesta a que, a la vez que la racionalidad política neoliberal supone la transferencia de la responsabilidad de la atención de las enfermedades crónicas al mismo individuo y este se entrelaza a un proceso subjetivante de autocuidado, e impone una moral para evitar las conductas de riesgo, el dispositivo biomédico no sólo subordina o excluye las condiciones sociales, culturales, subjetivas, económicas y de poder, sino que mantiene una distribución sensible antipolítica y ejerce el gobierno a través de tecnologías de “embrutecimiento” que verifican sistemáticamente la desigualdad de saberes e

inteligencias y confirman la “incapacidad” de las personas con el padecimiento. Todo lo cual, por supuesto, lleva a una situación de *des-responsabilidad* donde la persona, que debe autogobernarse, de manera paradójica debe someterse a la inteligencia y voluntad del médico; de tal manera que al confirmar esta desigualdad no es posible una atención emancipada donde el sujeto logre comprender el sentido del mandato y se clausura la posibilidad de la decisión, autogobierno y fines de sus propios procesos de atención.

### **La relevancia de estudiar la aprehensión del mandato biomédico**

La relevancia de este estudio descansa en la propuesta social y enfoque teórico-metodológico, que se encuentran estrechamente relacionados. El presente trabajo, como diría Agamben (2011), pretende ser *contemporáneo*, pues, por un lado, mantiene una relación de adherencia a los problemas de su tiempo y, a la vez, toma la distancia necesaria para no concordar plenamente con las mismas explicaciones de la época. Pero, antes de continuar, es preciso advertir desde ahora, que no es el interés de este trabajo cuestionar o soslayar los avances científicos y técnicos que sostienen a la eficacia de la biomedicina y que sin duda han tendido a reducir la mortalidad en la población; como tampoco significa no reconocer sus límites, posibilidades iatrogénicas o usos políticos que en algunos momentos de la historia han resultado cuestionables. Tal como refiere Foucault (1999), las relaciones de poder siempre han existido en la sociedad y no son malas en sí mismas o algo de lo que habría que liberarse. El asunto es evitar que se vuelvan estados de dominación. De hecho, señala que el poder “es una relación por la cual se conduce la conducta de los otros. Y no hay razón para que esa conducción, [...]no tenga en definitiva efectos positivos, valiosos, interesantes, etc.” (M. Foucault 2016, 151). Rancière, por su parte, va a reconocer que: “Hay una policía<sup>9</sup> menos buena y una mejor; la policía puede procurar todo tipo de bienes, y

---

<sup>9</sup> Es necesario señalar algunas consideraciones con respecto a la noción “policía” en la obra de Rancière. Esta noción -señala el autor- no debe ser entendida e identificada con el “aparato de estado” designado con este nombre y tampoco en el sentido de represión, de control social, sino de actividad que organiza la reunión de los seres humanos en una comunidad y que ordena la sociedad en términos de funciones, de lugares, de títulos que deben ocuparse (Rancière 1996; 2011).

una policía puede ser infinitamente preferible a otra. Esto no cambia su naturaleza; la policía puede ser gentil y amable. No por ello deja de ser lo contrario a la política” (1996, 46). Por ello, la intención no es cuestionar a la biomedicina, sino a la racionalidad y repartos sensibles que producen contradicciones.

Por otra parte, no es la intención de este trabajo mistificar las prácticas o creencias de las personas que viven con el padecer crónico como si todas fueran completamente una verdad, actos de resistencia o de subjetivación política o resultaran correctas y eficaces, pues en este sentido, quedarían ocultos procedimientos iatrogénicos o formas de convivir con el poder que pueden tener lugar y que no necesariamente significan subjetivaciones políticas; por tanto, el interés se centra en comprenderlas en vez de legitimarlas, descalificarlas o juzgarlas en términos morales o en un binarismo de dominación-resistencia, como si estas fuesen las únicas posibilidades. Creo que soslayar lo anterior implicaría alejarse de la dimensión crítica y, en cambio, se caería en una dimensión ideológica y nostálgica en la que únicamente se pretende hallar el “error” de la biomedicina o de las prácticas de autoatención a través de emitir juicios de valor mecánicos y sin reconocer su relación. De acuerdo a lo anterior, la presente propuesta no pretende analizar la eficacia terapéutica o simbólica de ningún modelo de atención a la salud, ya sea el biomédico, el popular, tradicional o alternativo, sino que es en la relación entre estas distintas lógicas y en la conformación cotidiana de la atención en el espacio doméstico urbano, en donde se centra el interés del trabajo.

En cuanto a lo social y teórico, es pertinente y necesario elaborar investigaciones acerca de la vejez, envejecimiento, padecimientos, atención y cuidados, pues aún nos encontramos en un periodo de oportunidad en el que las condiciones demográficas y epidemiológicas son todavía favorables para promover envejecimientos saludables, autónomos y emancipados. Desaprovechar esta situación puede llevar a una condición conflictiva, pues debido a la dinámica poblacional se contará cada vez con menos tiempo para encontrar respuestas a los

---

problemas sociales, económicos, sanitarios y de derechos que enfrentan las personas mayores.

Con base en lo anterior, la apuesta teórico-metodológica y social se distingue de ciertos enfoques gerontológicos, medicalizantes y sociales orientados a los procesos salud/enfermedad/atención y de envejecimiento en varios sentidos. En primer lugar, toma distancia de aquellos que, enfocados en las explicaciones a través de la estigmatización<sup>10</sup> y la discriminación de los ancianos, han generado perspectivas despolitizantes, principalmente al quedar fijadas en cuestiones pluralistas, identitarias y de tolerancia o incluso fenomenológicas que aíslan los intereses comunes de diversos grupos (Hobsbawn 1996; Žižek 2010); y de igual forma, se ocultan las políticas de formación del sujeto diferencial, por lo que se escamotea la posibilidad de observar las violencias que distribuyen diferencialmente a los sujetos y la privación de recursos para afrontar la precariedad (Butler 2010). Tales enfoques, gerontológicos, biomédicos y sociales que se sustentan en las definiciones del estigma no logran explicar el contenido político y económico en las diferencias, discriminaciones, marginaciones o desigualdades en la atención a la salud y la enfermedad, por ejemplo.

Esto, además, implica entender el proceso de envejecimiento y a la vejez, así como de los padecimientos crónicos, de una manera más compleja y cuestionar la normalización de la relación vejez-enfermedad crónica como si este fuese “un binomio natural” (Reyes y Villasana 2017, 60). Es preciso confrontar a las posturas que consideran a la vejez en sí misma como una enfermedad, un riesgo o un reto que hay que administrar o erradicar. Menéndez (2020) observaba que la postura biomédica reconfigura el miedo a envejecer, en una enfermedad. Esto cobra notoriedad, pues actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

---

10 El *estigmatizado* de acuerdo a Goffman es un individuo inhabilitado para una plena aceptación social, pues representa “al mal en sí mismo” (2010, 13), debido a que el grupo social realiza una identificación sobre una persona, o grupo de personas, con base en algún rasgo físico, comportamental o social que se percibe como una desviación o anormalidad y supone la descalificación en relación con la pertenencia al grupo. En el caso específico de los ancianos, los estereotipos y prejuicios son llamados “viejismo” (*ageism*), que es un concepto acuñado por Butler para hacer referencia a la estigmatización basada en la edad que recrea una identidad deteriorada y devaluada de los adultos mayores (Dobbs, y otros 2008).

catalogado al envejecimiento como una enfermedad en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-11). Es así que existen posturas tecnocientíficas que tienen por tarea erradicar los procesos de envejecimiento (como la Sociedad Inmortalista, creada en Francia en 1976, o más recientemente el transhumanismo) y que pueden considerar a la vejez como una enfermedad en sí misma o una perturbación que la ciencia y la medicina deberían enfocarse en curar (Morin 2003, 337). Esto podría conducir a reforzar la violencia en contra de estas personas, pues considera a la vejez como una enfermedad que se debe curar, prevenir y en última instancia erradicar.

Entonces, si no comenzamos a replantear las maneras culturales, políticas, económicas y sanitarias en las que se están desarrollando los procesos de envejecimiento y la atención a las enfermedades crónicas, no habrá grupo social - con circunstancias diferenciales, por supuesto- que no sólo no terminará siendo discriminado y temiendo al viejo que *somos* y que *seremos*, sino que estaremos expuestos a condiciones de *vidas precarias* y *vulnerables*: vidas sujetas a violencia que pueden ser erradicadas fácilmente al quedar fuera de un campo de visibilidad públicamente reconocido (Butler 2006; 2010) y “dejarlas morir”. De tal manera que en este trabajo se afirma que realizar investigación enfocada en la vejez y los padecimientos crónicos cobra mayor relevancia y se justifica al reconocer que, si bien la vejez y el envejecimiento se pueden vivir de múltiples formas y llenas de particularidades, el proceso del envejecimiento y la vejez son experiencias comunes a todos los seres humanos (hasta hoy la única forma de evitar envejecer es morir). Tal como señala Deleuze: “Todos, de un modo u otro, estamos atrapados en algún devenir minoritario que nos arrastraría hacia vías desconocidas si nos decidiéramos a seguirlo” (Deleuze 2014, 271).

Por otra parte, se pone de relieve al mandato biomédico que, cabe decir, en comparación con su contraparte la obediencia, es una dimensión que ha sido poco o nada estudiada (Agamben 2012b; Canetti 2000). Esta falta de estudio se debe a que el mandato ha representado la *arquitectura* de la sociedad, en donde los títulos no son puestos en cuestión. No es gratuito que el mandato se encuentre relacionado



con la *arché* -que ha sido definida como iniciar y mandar (Arendt 2005; Agamben 2012b; 2017; 2012; 2010c; Marramao 2013)- y ésta, como nos recuerda Rancière (2012), es el principio que asegura la continuidad entre el orden de la convención humana y el de la naturaleza y, como tal, es la “anticipación del derecho de mandar”: los gobernantes ejercen el *arché* y los gobernados son los que obedecen. Esto podría estar relacionado con el hecho de que Segato (2018; 2003) vea en el mandato una condición estructural que ordena simbólicamente la relación de posiciones en una configuración diferencial de prestigio y poder, que lo mismo se expresa en las desigualdades y violencias de género, raza o clase. Por ello, si se analiza el mandato, es probable que se evidencie el *principio anárquico* en el que se hace claro que “no existe ninguna razón natural en la dominación” (Rancière 2018,145). Esto en una sociedad en la que, al parecer, como Agamben (2012b) supone, la ontología del mandato nos está dominando.

Con relación a lo anterior cabe decir que aunque la obediencia haya sido entendida en nuestra sociedad como una virtud (Milgram, 2016; 2005; Fromm 1984) o como una necesidad que permite mantener cierto orden (Ortega y Gasset 2016), sortear peligros (Arendt 2020; Platón 2017) y alcanzar fines comunes (Aristóteles 1967) o trascendentales (Ortega y Gasset 2016), creo que es necesario un acercamiento crítico. Como afirmaba Arendt: “Mucho se ganaría si pudiéramos eliminar el pernicioso término “obediencia” de nuestro vocabulario moral y político” (2007, 73). De ahí la relevancia de cuestionar y cambiar el enfoque centrado en la obediencia -que puede ser sostenido en los trabajos de la adherencia terapéutica, de promoción de la salud o de la relación médico-paciente-, pues tradicionalmente la obediencia ha servido como la norma mientras que la desobediencia ha sido socialmente reducida a una condición de falla o ruptura de la primera; como si la desobediencia fuera una anormalidad. Pero, el asunto de la desobediencia es en realidad una situación común y habitual. Por otro lado, también produce la impresión de que la desobediencia debe ser entendida siempre de forma negativa. Lo que no parece obvio es que muchas veces la desobediencia puede resultar como una actitud ética frente a la injusticia, sólo habría que pensar en Antígona quien decide desobedecer al mandato de Creonte (quien prefiere la injusticia antes que el

desorden); o en Rosa Parks o el mismo Thoreau (2012) quien proponía la desobediencia civil como una respuesta a las leyes injustas, entre otros. Es así que, según Nancy, “la desobediencia puede ser el camino del descubrimiento, de la invención antes que de la repetición de lo que ya está adquirido” (2016, 30).

En este sentido, varios autores han advertido acerca de los peligros de la obediencia y la des-responsabilización que causa en los sujetos, quienes de esta forma anulan su capacidad ética, de pensamiento y crítica (Milgram 2004; 2005;2016; Canetti 2000; Arendt 2014 (1963); 2007; Segato 2018; 2003; Gros 2019, 31; Weil 2016; Laski 2011; Agamben 2012; Thoreau 2012; Rea y Ferri 2019) y, por supuesto, limita la capacidad de la acción emancipada. Y esto aún cobra mayor relevancia si reconocemos que a lo largo de nuestras vidas cursamos por espacios disciplinarios que tienen como fin reducir nuestra capacidad política y crear cuerpos dóciles (Foucault, 2003; 2005; 2012, 1999b; Castro, 2014) o incluso donde nuestra obediencia ha sido subjetivada y ahora somos nuestros propios imperadores; lo cual no necesariamente implica autonomía o libertad. La cuestión, para Nancy (2016), es reconocer la ambigüedad de la obediencia y saber que no es buena, ni mala en sí misma. El asunto -y en esto coincide con Laski (2011)- es distinguir entre la obediencia que consiste en hacer lo que esté prescrito por reflejo y la obediencia regida por una relación de invención, de creación, una obediencia que tiene sentido.

Esto condujo a distanciarse de las perspectivas que trabajan con la adherencia o cumplimiento terapéutico, pues, desde nuestro enfoque, estos trabajos preservan el orden desigual que puede evitar los procesos de emancipación, verdadera asunción de la responsabilidad y transformaciones en las relaciones de poder. De hecho, estas perspectivas, ya sean del “cumplimiento” (*compliance*) o “adherencia” (*adherence*) terapéutica, mantienen como eje la obediencia del paciente como han notado algunos trabajos y omiten las condiciones en las que vive el sujeto (Amuchástegui y Ojeda 2018; Del Monaco 2013). Aún más, funcionan *consensualmente* -lo cual no quiere decir necesariamente libre de conflicto-, por lo que su discusión es el grado de participación del paciente en las definiciones terapéuticas, pero se mantiene el presupuesto de desigualdad y el

hecho de que hay sólo una organización en el dispositivo biomédico. Es así que estas preservan el orden, es decir, la distribución de las partes y los saberes, entre el experto que conoce y el paciente que debe ejecutar las órdenes del médico. Por tanto, no cuestionan la racionalidad biomédica o la distribución de las partes, funciones y saberes; ni se basan en la verificación de la igualdad, tampoco reconocen el proceso de continuidad/discontinuidad en la aplicación del tratamiento prescrito a lo largo de la trayectoria de la atención. En cambio, únicamente se fijan en el grado de obediencia, al adecuar los comportamientos y ejecutar las prescripciones médicas, con un enfoque centrado en el autocuidado.<sup>11</sup>

Finalmente, para lograr responder a la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos propuestos, se ha planteado una estrategia metodológica cualitativa en la que la estrategia de trabajo fue la etnografía. La investigación se desarrolló en la colonia Campestre Aragón, ubicada al nor-orienté de la Ciudad de México. En este lugar se trabajó con familias en las que había, al menos, una persona mayor que había sido diagnosticada y vivía con una o más enfermedades crónicas. Este lugar se eligió por la alta presencia de personas mayores en su población y para dar continuidad al trabajo de investigación de cuidados a personas mayores que inició en este mismo lugar. En este sentido, la presente investigación es una continuación,

---

<sup>11</sup> Por ejemplo, se ha entendido por “cumplimiento” el grado en que el comportamiento del paciente, en términos de la ingesta de medicamentos, seguimiento de las dietas o la ejecución de los cambios en los estilos de vida, se corresponde a la recomendación o consejo del médico (Jimmy y Jose, 2011; Horne, Weinman, Barber, y Elliot, 2005; Chakrabarti, 2014; Blackwell, 1992). Sin embargo, este enfoque promovido a partir de 1976, fue sustituido por el de “adherencia”, debido a que, por una parte, recibió fuertes críticas respecto a la pasividad, obediencia del paciente y a su incapacidad de decisión (Horne, Weinman, Barber, y Elliot, 2005; Chakrabarti, 2014); y, por otro lado, debido a la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, el impulso de la participación activa del paciente en el tratamiento, de la asociación de las capacidades del médico y el paciente y la libertad del paciente (Jimmy y Jose, 2011; Mann, 1993; Cutler, Fernandez-Llimos, Frommer, Benrimoj, y Garcia-Cardenas, 2018; Horne, Weinman, Barber, y Elliot, 2005). De tal manera que por ésta se entiende el “grado en que el comportamiento de una persona -tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones *acordadas*<sup>11</sup> de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS 2003, 3). Sin embargo, en la práctica cotidiana, el cumplimiento y la adherencia han sido utilizados como sinónimos (Alikari y Zyga 2014; Dilla, Valladares, Liza, y Sacristán 2009; Horne, Weinman, Barber, y Elliot 2005) como es el caso de Buitrago (2011) o el de Cutler y otros (2018) o en la *Guía clínica para el médico de primer nivel de atención en adherencia terapéutica* (Secretaría de Salud 2017, s/p). Por lo tanto, ya sea el cumplimiento o adherencia, la distribución de las partes y la relación de obediencia sigue vigente.

pero también, al plantear y enfocar la problematización y análisis desde un ángulo distinto es un punto de transformación con la perspectiva anterior.

La estructura de este documento se compone de siete capítulos y las conclusiones finales. La propuesta es que por medio de la lectura de los capítulos las personas lectoras puedan elaborar sus propias interpretaciones y discutir con las conclusiones. En el primer capítulo se desarrolla y define el mandato biomédico a través de una descripción y análisis teórico y empírico acerca de los supuestos que sustentan el trabajo. Ha sido a través de ellos que el mandato, como objeto de estudio se ha planteado como una tecnología de gobierno, un imperativo y un orden sensible. En el segundo capítulo se desarrolla y presentan algunas categorías relevantes para el trabajo y se presenta la perspectiva procesual al lector. En el tercer capítulo se presentan las condiciones del campo a estudiar (se ha tratado de relacionar las condiciones de salud y envejecimiento a nivel global con el espacio donde se desarrollo este trabajo) y la estrategia metodológica. En el capítulo cuatro, se presentan los resultados empíricos y se describe y analiza la responsabilización de la persona mayor y su familia en la atención al padecimiento crónico; en el quinto capítulo se hará una descripción de la verificación de la igualdad, el orden sensible y las tácticas embrutecedoras en la atención al padecimiento crónico; en el sexto capítulo se describe la aprehensión del mandato en la trayectoria de atención; y en el capítulo séptimo el significado del mandato y las tácticas de des-obediencia que desarrollan las personas para aprehender el mandato. Finalmente, en el capítulo ocho se presenta la síntesis y conclusiones del trabajo.

# CAPÍTULO 1. LA BÚSQUEDA DE UNA REALIDAD, EL MANDATO BIOMÉDICO

El presente estudio tiene como objetivo principal la descripción y análisis de la aprehensión del mandato biomédico por la persona mayor que vive con padecer crónico y que recibe atención médica, en el espacio doméstico urbano de la Ciudad de México. El trabajo se ha centrado en cuatro ejes principales: la descripción y análisis de las tecnologías de gobierno de autocuidado que sustentan el mandato biomédico en la atención de las personas mayores con enfermedades crónicas; descripción y análisis del orden sensible de gobierno, verificación de la igualdad y el conjunto de prácticas para mantener la posición estratégica de la biomedicina en la relación clínica; la descripción y análisis de los saberes de atención del padecimiento crónico de las personas mayores, y sus familias; y la integración del mandato biomédico, como imperativo, en la trayectoria de atención y en las formas de vida de las personas con el padecer crónico. Todos ellos observados, descritos y analizados a través de la trayectoria de atención del padecer crónico de la persona mayor desde un enfoque de análisis procesual. En este capítulo ofrecemos un acercamiento a nuestro enfoque teórico acerca del mandato como una tecnología de gobierno, un imperativo y un ordenamiento sensible por medio de la problematización de los supuestos que sostienen la argumentación de nuestro trabajo.

## **La medicalización: eliminar el litigio**

Los procesos de salud-enfermedad-atención (s/e/a) son estructurales a toda sociedad (Mendoza 2011; Menéndez 2010) y momento histórico. Sin embargo, también son fenómenos complejos en los que existen múltiples interconexiones, que son variables y cambiantes en el tiempo, pero, al parecer, han sido suturados al dispositivo biomédico a través de un continuo y sistemático proceso de *medicalización*. Es así que la biomedicina *pretende* eliminar los elementos *litigiosos* que ponen en evidencia y cuestionan la racionalidad, marcos de veridicción, tecnologías de gobierno, el orden y la legitimidad de los títulos que sostienen dicha sutura tales como: los diferentes saberes, experiencias, narrativas, trayectorias,

sistemas de atención, condicionantes, entre otros, y ajustarlos a su propia racionalidad en la que “sólo hay una única realidad”. Le Breton -para quien la medicina ejerce un papel monopólico- señala:

La medicina quiere situarse fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única “científica” y por lo tanto, intocable [...] Todo sucede como si la medicina occidental fuese la vara con la que se midiesen todas las otras posibilidades de acercamiento a la enfermedad (Le Breton 2002, 176).

Con esta supuesta eliminación del litigio se pretende evitar todo orden disensual y subjetivación política que signifique la redistribución de las partes y otra forma del estar juntos. Cabe mencionar que la subjetivación política es una ruptura con las maneras de sentir, de ver y de decir que caracterizan una identidad en un orden de gobierno dado; en la acción de las capacidades no contadas que vienen a escindir la unidad de lo dado y la evidencia de lo visible para diseñar una nueva topografía de lo posible (Rancière 2019b). Es poner un mundo en otro (Rancière 2011). Tal como señala este Rancière: “Un sujeto político no es un grupo de intereses o ideas, sino el operador de un *dispositivo* particular de subjetivación del litigio mediante el cual la política cobra existencia” (Rancière 2019: 52). Rancière reconoce que la política comienza “cuando el orden natural de la dominación es interrumpido por la institución de una parte de los que no tienen parte” (J. Rancière 1996, 24). Aquí, de manera breve hay que decir que para este autor hay dos formas de “contar las partes de la comunidad” -a las cuales también llama reparto sensible, lógicas o incluso las define como formas de simbolizar la comunidad- que siempre están anudadas, pero su encuentro debe ser pensado como entre heterogéneos que más que significar “modos de vida” refieren a maneras de recortar el espacio sensible: de ver o no ver objetos comunes, de escuchar o no escuchar en él sujetos que lo designan o discuten sobre ellos (Rancière, 1996; 2019b).

La “policía” -según Rancière (1996; 2011; 2012; 2019;2019b)- se realiza de acuerdo con distintas esferas y supone la cuenta y suma de las partes reales, los grupos efectivos que se definen por las diferencias de los títulos, las funciones, los lugares e intereses que preparan al cuerpo social para la exclusión de todo

suplemento. Como tal, supone la realización de una forma de ser común, una constitución simbólica de lo social. En esta lógica, que es de la dominación, separa a quienes gobiernan debido a las propiedades que los califican para gobernar (los títulos y las competencias) de quienes no tiene parte y no pueden gobernar. Para Rancière, “el principio de la “policía” siempre ha consistido en partir a la humanidad entre los que “saben” y esos de los que se dice que simplemente manifiestan descontento, furor, histeria [...]” (2011, 74). Este, según Rancière (s/a), es el proceso del “gobierno”, donde se organiza la reunión y consentimiento de los hombres en comunidad y reposa sobre las posiciones y las funciones.

Por otra parte, la “política” -para este autor (Rancière, 1996; 2019; 2019b; 2018b; 2012; 2011)- es un proceso que interrumpe la “armonía” y rompe con el orden de la policía, pues cuenta una parte de los “sin-parte” (quienes carecen de los títulos o la ausencia de las supuestas propiedades para ejercer el gobierno)<sup>12</sup> y actúa para separar la comunidad desde sus partes, lugares, funciones y títulos. Es decir, la interrupción del orden de la dominación por la institución de una parte de los que no tienen parte; cuestiona la distribución de los que pueden hablar, ser vistos y escuchados; cuestiona la “naturalidad” de los títulos que legitiman el gobierno; e inscribe la cuenta de los incontados, los que no poseen ningún título para gobernar. En otras palabras, cuestiona y rechaza el principio de disimetría o desigualdad como fundamento del orden social y su gobierno; lo que podríamos llamar aquí el “presupuesto anárquico” en el que se pone en duda el *arkhé* al cuestionar los principios que ordenan y que atribuye cierta calificación ejercida por aquellos que la poseen sobre los que no la poseen. Presenta a la comunidad como la división de su todo: es una polémica sobre lo común. Rediseña el espacio de las cosas comunes. La política -a pesar de que su principio es la igualdad- siempre viene después de la policía, pues irrumpe en el orden desigual. Supone que hay más de una manera de describir lo que es visible, pensable y posible. Es el

---

<sup>12</sup> Son quienes carecen de las propiedades o títulos que los califican para gobernar y, como tal, son la parte suplementaria que no son unidades en la cuenta de las diferenciaciones; que no coinciden con las partes del orden policial. Sujetos flotantes que desajustan toda representación de los lugares y las partes. Es el suplemento a la serie de las diferencias sociales.

cuestionamiento de la necesidad de obedecer. La política -afirma- más que ser el arte de gobernar se refiere a la manera de ocuparse de los asuntos humanos desde la premisa de que uno cualquiera es tan inteligente como cualquier otro y de que siempre hay al menos otra cosa por hacer además de lo que se hace (Rancière 2018b).

Pero, también, al conjurar el disenso o la irrupción política en el orden policial se evita que se haga evidente el “principio anárquico”, de acuerdo al cual “la razón misma del poder para gobernar es que no hay razón en absoluto” (J. Rancière 2019, 78), ni se funda en la naturaleza o ley divina (Rancière 1996; 2018; 2013); es decir, no existe ninguna causa para que el orden y gobierno biomédico sea de esta manera desigual. Incluso, para este filósofo, quien quiera curar a la política, es decir, a su condición litigiosa que hace aparecer a la parte de los que no tienen parte, al excedente democrático, y que cuestiona los sistemas de legitimación y funciones, la distribución sensible de la condición de los que hablan y son vistos, sólo tiene una solución que es dar una *arkhé* a la comunidad; es decir, un principio que ordene socialmente y permita el mando de unos sobre los otros.

La intención, entonces, es comprender la supuesta naturalidad de la sutura, pues al reemplazar esta ordenada disposición se puede comprender el *litigio* o distorsión que ocurre en el acoplamiento, interacciones y relaciones entre la biomedicina, su orden sensible y las condiciones de realidad en las que los sujetos deben llevar a cabo sus procesos de atención. Por tanto, no se trata de oponer el sistema médico hegemónico a la autoatención, sino que se trata de poner en juego el complejo y dinámico proceso de atención con la instancia teórica unitaria que pretende filtrarlos, jerarquizarlos, ordenarlos en nombre de los derechos de la biomedicina y atender los efectos que tiene tal ordenamiento.

### **¿Qué es la medicalización?**

Foucault (1976) va a afirmar que se ha dado paso a una “medicalización indefinida” en la que la medicina ha dejado de tener un campo exterior. La medicalización no puede ser confundida con el arte de curar realizado por la



biomedicina, sino que debe ser vista como una fuerza gravitacional que se ha extendido y ha sujetado campos cada vez más amplios de los modos de vida de las personas para ceñirlos de acuerdo a la forma de entender y tratar con la realidad de la biomedicina; en este sentido no es la realidad, sino sólo una forma de comprenderla.

La medicalización ha sido entendida como: la incorporación de la conducta, la existencia, el comportamiento y el cuerpo humano a una red médica cada vez más densa y amplia (M. Foucault 1977); la introducción de la medicina a todos los ámbitos de la vida social (Bertran y Sánchez 2009); el proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales (conflictos y padeceres) que son parte del comportamiento de la vida cotidiana de los sujetos y como tal son explicados y atendidos por técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2003; 2005; Cerecedo, Tovar y Rozadilla 2013); intervención progresiva de la medicina en los hechos ordinarios de la vida (Moulin 2006). Pero una de las que aquí se consideran más relevantes es la que profiere Foucault (2001), cuando va a reconocer en la medicalización una forma de control y racionalidad que se pide al saber y al poder médico.

En lo que coinciden todas estas perspectivas es que la biomedicina ha extendido su campo más allá de su objeto de curar y ha apresado a campos que tradicionalmente escapaban de su competencia. Desde la perspectiva de este trabajo la medicalización es entendida como una relación “consensual” y “antipolítica” en la que las formas de vida, los saberes, los sistemas de atención, los actores, entre otros -a los que llamaremos *partes*-, han sido *suturadas* o integradas a los marcos de veridicción y tecnologías de poder definido biopolíticamente que reducen toda autotranscendencia a su condición de *nuda vida* o criterios objetivos que pueden ser controlados, administrados y gobernados y, por otro lado, implica un orden de dominación consensual en el cual se determina la suma de las partes que conforman la atención por medio del reparto de los lugares, las funciones y los títulos; los modos de hacer, de ver y escuchar. Este reparto medicalizante da a cada uno la parte que le corresponde y así establece “quien”

manda y “quien” obedece. Así se define el ideal de un gobierno en el que son propios para gobernar quienes tienen las disposiciones que los hacen aptos para este papel, y propios para ser gobernados, quienes tienen las disposiciones complementarias de las primeras (Rancière, 2012).

### **La eliminación del litigio**

El litigio, conviene decir, es la aparición de esas partes que “no” *debían* ser contadas y que tienen el efecto de poner en cuestión el orden dominante y consensuado. Es el momento en que la potencia igualitaria irrumpe en ciertos órdenes en los que hay una división desigualitaria entre las partes: es una verificación de la igualdad que hace evidente las divisiones dentro de una relación consensual y por ello irrumpe con procesos subjetivantes y disensuales que exigen nuevas formas de relacionar a la comunidad. Es así que el litigio, como condición política, es la distorsión en la que aquello que no es contado, lo que no se reconoce como válido y legítimo, por derecho aparece en la contabilidad. Es dar cuenta de que no hay una verdadera razón que no permita considerar que los “incapaces” son capaces de llevar sus procesos de atención y en consecuencia la reconsideración de la distribución de las partes, los lugares y las competencias. Rancière dirá que un “disenso no es un conflicto de intereses, opiniones o valores; es una división incrustada en el “sentido común”: un litigio sobre lo que está dado y sobre el marco en el que vemos algo como dado” (2013:100).

### *La sutura biopolítica*

Si bien, la medicalización no hubiese sido posible sin la biopolítica, debemos entender que esta categoría a la fecha no es un campo teórico unificado y preciso (Lemke 2017; Bazzicalupo 2016; Mendiola 2009; Castro 2014; Nosetto 2018; Esposito 2011). Es así que, si bien el análisis de la biopolítica propuesto en este trabajo tiene como punto de partida la propuesta de biopoder foucaultiana, hay que precisar que ha sido matizada y, como tal, es entendida como la racionalidad que, para gobernar y gestionar la vida de las poblaciones e individuos, la inserta en un campo de saber y de poder que transforma los modos de vida y los imponderables

vitales a su dimensión desnuda (biológica y estadística) y de esta manera se vuelve objeto de los cálculos y decisiones del poder. En consecuencia, el problema es la comprensión de la vida y la política como “elementos de una red dinámica de relaciones en vez de entidades externas e independientes” (Lemke 2017, 146). Por ello, hay que tomar en cuenta la propuesta de Rabinow y Rose (2006), debido a que entienden que el biopoder impone discursos de verdad acerca del carácter biológico de la vida de los seres humanos y al conjunto de autoridades consideradas competentes para enunciarlos; estrategias de intervención sobre la existencia colectiva en el nombre de la vida y muerte, inicialmente dirigido a las poblaciones y que pueden ser especificados en términos de colectividades emergentes (como actualmente son las personas mayores); y modos de subjetivación a través de los cuales los sujetos actúan en ellos mismos como seres vivientes bajo ciertas formas de autoridad en relación con los discursos de verdad.

### *Biomedicina*

Foucault, señala que “para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault 1977, 5). Foucault, en diferentes ocasiones relacionó como marco de la racionalidad de la medicina a la biopolítica (M. Foucault 2006b; 2007) y señaló, al decir que la medicina moderna era social<sup>13</sup>, que a la vez es una medicina tanto del individuo como de la población (M. Foucault 1978; 1978b; 2012; 2003) y que se considera un elemento central para el mantenimiento y el desarrollo de la colectividad (M. Foucault 2002). Es así que la biomedicina participa de la labor de “administración de los cuerpos y la gestión

---

13 Cuando Foucault se refiere a lo “social” cuestiona la hipótesis de la medicina privada individualista; en cambio, sostiene que es global y colectiva, pues únicamente se individualiza en la relación médico-paciente. Señala que la medicina “no social”, la individualista, no existe, “puesto que fue un mito con el cual se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión” (M. Foucault 1976, 155-156). Como refiere Noretto, “la biopolítica, opera no en un tratamiento individual de los cuerpos, sino en una estrategia que opera a nivel de procesos colectivos: el cuerpo es una realidad biopolítica desde el momento en que participa en procesos de conjunto que lo atraviesan y exceden su caso” (2018, 144). En tanto que Castro (2014) señala que cuando Foucault se refiere a la “medicina social” habla de los dispositivos centrados en el gobierno del cuerpo de los individuos y de las poblaciones.

calculadora de la vida” (Foucault, 2000:169), por lo que ha hecho de la salud el sujeto, y no necesariamente el objeto, de su práctica.

La racionalidad biopolítica encuentra en la biomedicina uno de sus principales dispositivos; en cambio ésta, toma de la biopolítica sus fundamentos. La biomedicina opera como una de las principales estrategias de normalización social, regulación de la población y normalización de los cuerpos de los individuos. En suma, por biomedicina se entiende un dispositivo que no sólo tiene como objeto el arte de curar, sino que se organiza y se despliega de acuerdo a los saberes, poderes y subjetivaciones biopolíticos, que toma como objeto los procesos s/e/a de los sujetos (normándolos) y las poblaciones (regulándolas) y que tiene como meta cumplir los objetivos de la racionalidad gubernamental.

#### Ceñir y eliminar

En este punto Esposito (2009) reconoce como fundamental la articulación entre biopolítica y biomedicina, pues el saber médico ha ocupado progresivamente un lugar privilegiado en la política. De tal manera que Esposito entiende así la expansión de la institución sanitaria a ámbitos que eran de estricta competencia política y administrativa y con ello el proceso de medicalización, que trasciende el ámbito sanitario, en una ósmosis creciente entre lo biológico, lo jurídico y lo político. Pero, desde su propuesta inmunitaria, refiere que la biopolítica para proteger la vida la reduce a su carácter biológico, pues así la puede mantener bajo control. Esto significa que, para conservar la vida, es necesario introducir en ella algo que por lo menos, en un punto, la niegue hasta suprimirla.

Agamben (1998), por su lado, parte del hecho de que la biopolítica es la estructura que hace de la *nuda vida* el lugar por excelencia de la decisión soberana. A partir de ahí reconoce que la integración entre política y biomedicina es una de las características esenciales de la biopolítica moderna. Para este autor, el soberano -el que decide acerca del valor de una vida y puede o no eliminarla- entra cada vez más en simbiosis no sólo con el jurista, sino también con el médico, con el científico, con el experto o con el sacerdote (1998:155-156). Es decir, que la labor

del médico se fija en la politización de la “vida desnuda”.<sup>14</sup> Es así que no son extrañas las afirmaciones de Del Mónaco, que refiere:

El saber médico busca las causas de los padecimientos en los cuerpos y, a partir de conocimientos objetivos y científicos, realiza un diagnóstico y propone un tratamiento [...] Los cuerpos son objeto de una manipulación atenta, donde se reconstruye un cuerpo “biológico” distinto con el que interactuamos en la vida cotidiana” (Del Monaco 2013, 66)

Entonces es que vetando toda autotranscendencia es que se puede mantener bajo control a los sujetos y a la población. Esto lo había observado Le Breton (2002) cuando señala que el punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, y que es percibido únicamente como el receptáculo de la enfermedad. Para Le Breton la biomedicina es un saber que deja de lado al sujeto y su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, con el sentido de la enfermedad, para considerar únicamente el “mecanismo corporal”. En este caso Menéndez (2003) -a pesar de que rechazaría la cuestión de la biopolítica- reconoce que el eje de impulso y rasgo estructural de la biomedicina está centrado en la biologización de su enfoque profesional y técnico; en su modo de pensar y actuar; en su desarrollo de investigación que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos; y de la constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a.

Llegados a este punto, es necesario decir que la biopolítica requiere de una categorización que permita limitar toda autotranscendencia que no hace sino aprehender los distintos casos de los individuos mediante una serie de cálculos

---

14 Una de las mayores consecuencias de la inscripción de la vida a la biopolítica, según la cual la nuda vida es *incluida por exclusión* en la vida política de Occidente, es que, de acuerdo a Agamben (1998), la vida del hombre fue reducida a una *nuda vida* (vida desnuda), que es resultado de una zona de indeterminación entre la vida biológica común a todas las especies y una forma de vida cualificada y política que corresponde a los seres humanos. Esta vida desnuda ha quedado en *bando* al poder soberano, es decir sujeta a los cálculos y decisiones del poder por lo que queda expuesta y en peligro en el umbral en el que vida y derecho se confunden, por lo que es controlable, desarrollable, disponible y, a la vez, eliminable, debido a que en la modernidad se ha vuelto regla una condición de excepcionalidad -característica del poder soberano-, en la que la norma se suspende.

políticos y administrativos con lo que reduce y atrapa las formas de vida y sus diversas condicionantes en una serie de categorías dentro de las cuales se homogeniza la diversidad de los sujetos y reducen las singularidades sociales, culturales, económicas y políticas en entidades centradas en su materialidad biológica o estadística. La biopolítica no tolera, por ingobernable, toda singularidad que escape de sus identificaciones.

Con la reducción a estas identificaciones representables biopolíticamente se *despotencia* la vida al anularla y vaciarla de contenido y, en cambio, la sustituye por una singularidad verdaderamente *cualesquiera*; pero, cabe advertir, que sin esta identificación un ser o sus modos de vida serían completamente inexistentes, por ejemplo, para el Estado. En otras palabras, la biopolítica jerarquiza y clasifica a los elementos irreductibles, inclasificables o inadmisibles; asimismo proporciona un encuadre en el que se generan masivamente singularidades que ya no se caracterizan por ninguna identidad social ni por ninguna condición real de pertenencia. Por tanto, los modos de vida y sus divergencias son inadmisibles mientras no puedan ser clasificados, por lo que debieron ser categorizados para poder ser administrados, normalizados y controlados.

Esto, tal como señalan Lock y Nguyen (2010), es parte del gobierno de los cuerpos que se funda en la biopolítica contemporánea y en la que a través de la *gubernamentalidad* se establecen distinciones que clasifican diversos grupos poblacionales de acuerdo a una racionalidad estadística y que, en todo caso, reduce la vida a un criterio objetivo que permite establecer regularidades que hacen factible administrar, investigar, controlar y generar políticas enfocadas a ciertos grupos.

Podemos decir que *lo* que ha entrado a estas identificaciones se ha vuelto ahora un criterio político decisivo. Entonces hay que advertir que estas enunciaciones y sus variaciones son más profundas y tienen efectos en la instrumentación de las políticas sanitarias y evidencian la manera en cómo han sido *problematizados* estos elementos por la racionalidad gubernamental. Estas identificaciones no son conceptos filosóficos ni meramente culturales, son

conceptos de la tecnología gubernamental, o mejor dicho correlatos, de la tecnología de gobierno que a la vez que ciñen las formas de vida a la racionalidad biopolítica eliminan todo trazo de los modos de vida.

## **Consenso**

El “consenso” se refiere al hecho de que la distribución de las partes ya está dada, por lo que los implicados reconocen e interpretan (a pesar de la diferencia de intereses) de manera idéntica las mismas cosas y, como tal, elimina toda forma posible de reconfigurar a través de la reconsideración de la distribución de las partes, los lugares y las competencias (Ranciére 2013; 2019; 2018b; 2019b). Es decir, el consenso -con base en los aportes de Ranciére- es un modo o una regla del “estar juntos” -que es una cuenta de las partes- en el que cada una de las “partes” es distribuida o ubicada en un lugar y una función de acuerdo a las propiedades asignadas, reconocidas y legitimadas. Para precisar -como refiere Ranciére (1996)- hay que decir, que sería un orden de las partes que define las divisiones entre los modos de hacer, los modos del ser y los modos del decir, que hace que tales partes sean asignadas por su nombre a tal lugar y tal tarea. Es un orden de lo visible -continúa Ranciére (1996)- que hace que tal parte sea visible y que tal otra no lo sea, que tal palabra sea entendida como perteneciente al discurso y tal otra al ruido. Por ello, el litigio no se refiere al contenido de los saberes, por ejemplo, sino a la consideración de su calidad como iguales (lo que no quiere decir que tengan los mismos conocimientos); mientras que el consenso -que implica la medicalización- es la eliminación de todo orden disensual. Tal como Ranciére lo afirma:

Lo que llamamos *consenso* es la tentativa de deshacer ese tejido disensual de lo común, la tentativa de reducir lo común a reglas de inclusión simple, mientras que lo común político está hecho de procedimientos de inclusión de lo excluido y de puesta en común de lo no-común (Ranciére 2011,161).

Mendoza (2011), en su estudio, encontró, por ejemplo, que los curadores biomédicos se reconocen y comportan como representantes y reproductores de la hegemonía. Se autonombren como los curadores exclusivos e ignoran a los

curadores populares, ya que identifican su propia práctica como *la única* capaz de curar. Califican al curandero de ignorante, charlatán e ineficaz. Sin embargo, a pesar de estas situaciones, Mendoza encontró que no existe un rechazo definitivo a la biomedicina, sino que contrariamente prevalece una creciente demanda de sus prácticas. De hecho, reconoce que cuando aparece el rechazo, no es hacia la práctica médica sino a las instituciones.

Es así que la relación entre conocimiento biomédico, heredero del saber científico, y el saber profano se ha dado como una relación anti-política y de dominación que ha buscado soterrar todo aquello que no cabe dentro de su racionalidad. Lo anterior es ejemplificado en lo que Kleinman (1980) reconoce al señalar que en la socialización del saber profesional (biomédico) del moderno sistema de salud, éste legitima sus propias nociones como racionales y científicas; mientras que mantiene a los “pacientes”, y a los otros sistemas de atención, distintos al biomédico, en calidad de legos, irracionales y acientíficos. Algo similar ha sido observado por Freidson, quien reconoce que la medicina instrumenta un andamiaje para convencer al “desviado” que lo que se hace es por su propio bien, a pesar de las privaciones que esto signifique. Por otra parte -afirma- que las propias opiniones que pueda tener éste de su tratamiento no son consideradas, “porque se dice que él es un profano que carece del conocimiento especial y de la independencia que lo calificarían para que su voz fuera oída” (Freidson 1978, 252). Entonces, este consenso es algo similar a lo que Berger y Luckmann señalaban de la “legitimación” en la medicina: “La legitimación no solo indica al individuo por qué *debe* realizar una acción y no otra; también le indica por qué las cosas *son* lo que son” (Berger y Thomas 1968, 120).

Es por ello que se considera que existe una relación de consenso que permite pensar que la analítica del mandato requiere de un acercamiento desde el ordenamiento sensible en el dispositivo biomédico. Se hace evidente el marco institucional en el que se ha generado cierta forma dominante de integración de los procesos de atención en la que la biomedicina, que ha reducido lo plural a lo único, es parte del dispositivo biopolítico.



## **El mandato como tecnología de gobierno.**

### **Transferencia de la responsabilidad**

La racionalidad o, mejor, las racionalidades, no corresponden a una condición general o principio único donde existe una “Razón” universal y ahistórica, sino que suponen funcionamientos históricos de prácticas que se insertan en ensamblajes de poder; es decir, formas de hacer (M. Foucault 2006). La propuesta, entonces, es alejarse de los universales de análisis para centrarse en racionalidades específicas en diferentes campos fundados en una *experiencia*<sup>15</sup>; descubrir cuál tipo de racionalidad se utiliza; y analizar cómo diferentes experiencias se relacionan con las tecnologías de poder. Es así que se puede entender que el gobierno, como una relación de poder, siempre tiene una meta y reviste formas instrumentales (M. Foucault 2008; 1988). Por ello, Foucault propone que la racionalidad del gobierno comprende el modo en que se estableció el dominio de ciertas prácticas de conducción de la conducta, sus objetos, sus reglas generales y sus objetivos (M. Foucault 2007).

Una racionalidad política -según Lemke (2002)- es un elemento del gobierno que permite crear un campo discursivo dentro del cual se ejerce el poder. Mientras que Rose, O’ Malley y Valverde refieren que la racionalidad política es “una manera de hacer cosas orientada a objetivos específicos y que reflexiona sobre sí de formas particulares” (2006, 83). Con esto, apuntan que la racionalidad política forma una amplia familia de modos de pensar sobre el gobierno o maneras de ponerlo en acto, concibiendo aquello que debe ser gobernado. Mientras que Castro-Gómez (2010) va a señalar que la “racionalidad” se refiere al funcionamiento histórico de las prácticas. Éstas, en la medida en que proponen objetivos, relacionan el uso calculado de medios con la elección de una determina estrategia para alcanzar ciertas metas y objetivos. Entonces, por racionalidad política podemos entender una forma histórica y reflexionada de entender la realidad y responder a un

---

15 Cuando Foucault (2009; 1997; 2011) se refiere a la experiencia hay que recordar que ésta es posible por el ensamblaje entre formas de saber (matriz de saberes posibles que suponen discursos y las reglas de lo falso y verdadero), estrategias de poder (formas de conducir la conducta de los sujetos) y tecnologías del yo (modos de existencia virtuales para sujetos posibles). Este ensamblaje -dice Lemke (2002)- permite la comprensión de las transformaciones sociales y políticas.

problema que articula una manera de comprender el gobierno, objetos, ensamblajes de prácticas, metas y estrategias fundados en una experiencia.

Aquí es preciso hablar brevemente de la racionalidad neoliberal. El neoliberalismo en este trabajo no corresponde únicamente a una teoría de la práctica económica que se sostiene en el aumento constante de la plusvalía, el libre mercado, la reducción de la intervención al mínimo del Estado y el favorecimiento de los sistemas públicos basados en el cálculo de la utilidad financiera, sino que se comprende como una racionalidad política que sustenta una forma de gubernamentalidad en donde el mercado, específicamente en la forma de “empresa”, es el lugar de la veridicción, regulación y limitación del gobierno; y la competencia, la lógica de su funcionamiento.

Foucault (2007) refería que el neoliberalismo tiene como principio teórico y político la pregunta acerca de cómo ajustar el ejercicio global del poder político a los principios de la economía de mercado que introduce mecanismos internos, numerosos y complejos que tienen como objetivo principal limitar desde adentro el ejercicio del poder de gobernar mediante el cálculo de la utilidad, por lo que el neoliberalismo no se limita a las relaciones mercantiles, sino que puede ser visto como la aplicación de la grilla económica a campos sociales y políticos, fenómenos que no son propiamente económicos. Foucault refiere que:

¿Qué es, por lo tanto, ese neoliberalismo? [...] Traté de mostrarles que, para el neoliberalismo, el problema no era para nada saber -como en el liberalismo del tipo de Adam Smith, el liberalismo del siglo XVIII- cómo podía recortarse, disponerse dentro de una sociedad política dada, un espacio libre que sería el del mercado. El problema del neoliberalismo, al contrario, pasa por saber cómo se puede ajustar el ejercicio global del poder político a los principios de una economía de mercado. En consecuencia, no se trata de liberar un lugar vacío sino de remitir, referir, proyectar en un arte general de gobernar los principios formales de una economía de mercado (Foucault 2007, 157-158).

Esto significa que en la racionalidad gubernamental neoliberal, el Estado ha dejado de ser el regulador político del mercado y, en cambio, el mercado ahora funciona

como el principio regulador y organizador del Estado (López, 2010; García, 2016; Vázquez, 2005; De Lagasnerie, 2015). En este punto es preciso hacer una distinción entre el liberalismo y el neoliberalismo, pues estos no se pueden pensar simplemente en términos de continuidad y linealidad (De Lagasnerie 2015). En efecto, De Lagasnerie (2015) señala que entre el liberalismo y el neoliberalismo existe un punto de ruptura y discontinuidad respecto al lugar del “mercado” en la sociedad y, aún más importante, entre la racionalidad económica y el Estado. Para el liberalismo, que se desplegaba bajo la lógica del *laissez-faire*, se trataba de restringir la intervención del Estado al fijarle límites para despejar un espacio “libre” donde el mercado pudiera actuar sin coacciones internas. En cambio, el neoliberalismo tiene un proyecto más radical, pues trata -como dice De Lagasnerie (2015)- de difundir el *mercado por todas partes*. Es decir, que los mecanismos competitivos no deben quedar circunscritos a ciertos sectores de la economía, sino que deben extenderse a toda la sociedad y deben cumplir su papel de regulación lo más ampliamente posible en el mundo social y político. Su meta, por supuesto, es transformar la sociedad por medio de una “política de la competencia”; de tal forma que, a diferencia del liberalismo clásico, la frontera entre lo económico y lo político se desdibuja, por lo que se pretende que la racionalidad política quede subordinada a la racionalidad económica. Con esto, la gubernamentalidad funciona bajo la lógica y vigilancia del mercado.

La racionalidad gubernamental neoliberal funciona entonces a través de acciones reguladoras, en las que el gobierno interviene para favorecer los mecanismos de la economía del mercado; y acciones ordenadoras, que son acciones cuya función es intervenir en las condiciones estructurales del mercado a través, por ejemplo, de trabajar directamente con la población, la educación, el régimen jurídico, la disponibilidad de tierras, elementos que no podrían advertirse como directamente económicos, pero que son las condiciones que hacen posible el funcionamiento del mercado. En cuanto a la política social, esta no puede definirse como un contrapeso o como un elemento compensatorio de los efectos de los procesos económicos ni para la igualdad al acceso de los bienes de consumo, sino que funciona a través de la competencia, la desigualdad y las transferencias

sociales que solo aseguran un mínimo vital focalizado a quienes no pueden asegurar su propia existencia; y, por otra parte, no se trata de la socialización o mutualización de los riesgos, sino de la privatización y la individualización en la que cada uno a través de sus propios recursos debe autoasegurarse. Finalmente, y esto es importante, funciona por el principio regulador de la “competencia” que no sólo se trata de dinámicas empresariales, sino se extiende a los campos sociales y procesos subjetivantes que afectan al propio individuo.

Por tanto, no es el principio de intercambio del mercado del liberalismo clásico el que domina la actual racionalidad, sino que es el principio de la “empresa” la que domina la racionalidad gubernamental neoliberal (Castro E. , 2014; Nosetto, 2018; López, 2010). Entonces, tanto el Estado como la sociedad, cobran forma de empresa y los intereses de los individuos son articulados con la competitividad. Es así que el principio regulador de autolimitación de la acción gubernamental encuentra en la “competencia” su fundamento y para que ello pueda operar se requiere de agentes libres capaces de competir.

Hay que precisar que la “competencia” se articula a través de un constante juego formal entre desigualdades e individualidades. En este sentido, Foucault (2007) sostenía que la desigualdad es el principio que rige a la competencia. En tanto que la desigualdad -señala Chignola- (de los intereses en juego, de las prestaciones individuales, de los propósitos singulares) es el motor de la competencia. Esto quiere decir que la propia sociedad “[...] debe producirse como un sistema múltiple de “empresas” individuales indexada sobre la diferenciación de opciones y elecciones subjetivas [...]” (Chignola 2018,49).

Esta racionalidad entonces ha llegado a trazar subjetividades de acuerdo a las reglas de la empresa (Castro R. 2010; García 2016; Sibilía 2010; Galende 1997). Chignola y Mezzadra (2013), incluso, llegan a afirmar que el neoliberalismo es un criterio de reorganización total de las relaciones sociales y políticas -que ha producido un estado de indeterminación entre lo público y lo privado- y que atraviesa a las formas mismas de subjetividad. En este tipo de sociedades la empresa se ha vuelto omnipresente, pues ésta “es un alma, es etérea” (Deleuze 2014,280).

Deleuze observaba que la empresa no cesa de introducir “entre los individuos una rivalidad interminable a modo de sana competición,<sup>16</sup> como una motivación excelente que contrapone unos individuos a otros y atraviesa a cada uno de ellos, dividiéndole interiormente (2014,280)”. Con esto asistimos a un régimen en el que la formación constante y la evaluación ocupan un lugar preponderante para medir el lugar que ocupa cada competidor, su nivel de rendimiento, su capacidad, su productividad, sus “méritos”, lo que ocasiona graves consecuencias, pues con ello se demuestra que se ha logrado ese sueño de reducir la capacidad política de los sujetos a favor de su mayor rendimiento. En este punto podemos decir que el “mercado” ha impuesto su racionalidad a la práctica de gobierno y bajo dicho trazo éste está sujeto menos a la justicia social que a la racionalidad del mercado, por lo que un “buen gobierno” es el que actúa de acuerdo a los principios de utilidad y eficiencia financiera; por tanto, no sólo se elaboraran cálculos políticos sino en términos económicos de la vida. Es así que la vida queda expuesta a las decisiones y cálculos del poder de una racionalidad financiera. *Esto implica un cambio filosófico profundo acerca de lo público, ya que según esta óptica de la privatización se considera al cuerpo y a la vida de los individuos como un bien personal que debe ser cuidado bajo la responsabilidad y la capacidad económica de cada uno de los individuos (Galende 1997, 183).*<sup>17</sup> La salud en estas condiciones se convierte en un capital que los individuos deben administrar, eligiendo consumos y hábitos de vida, haciendo inversiones convenientes y calibrando los riesgos que éstos puedan

---

<sup>16</sup> Pero, ¿es una “competencia saludable” como refiere Deleuze? Aflalo (2011), desde el psicoanálisis, con una evidente influencia lacaniana, nos recuerda que el discurso de la evaluación se difundió en las democracias dominadas por la ciencia y el capitalismo y como resultado, el malestar que induce la evaluación, ataca a todos los cuerpos. Esta psicoanalista refiere que el malestar mundializado se manifiesta en todos los lugares de socialización obligatoria manejados como empresas y que amplifican el funcionamiento sádico de la evaluación en donde el sujeto se ve forzado a una autocritica codificada y regular en la que debe hacerse verdugo de sí mismo reconociendo su decadencia. Es así que el sujeto requiere de una formación constante, de capacitación que nunca termina para mejorar sus competencias, pues como el mismo Deleuze reconoce “en las sociedades de control nunca se termina nada” (2014,280). Entonces el competidor es como Sísifo que nunca termina su condena. El sujeto así ha quedado atrapado en un ámbar de falsa libertad en la que no sólo su cuerpo sino su subjetividad han quedado supeditados a su capacidad de insertarse dentro del dominio de la competencia en un capitalismo que cada vez abandona su carácter productivo para volverse un capitalismo de servicios, de productos, de ventas y mercados, donde los sujetos mismos se vuelven un producto que se pone a la venta.

<sup>17</sup> Subrayado en el original.

implicar. Nuevamente, se puede observar cómo la lógica de la empresa se ha entreverado en nuevos espacios, esta vez en la salud. Algo que Rose y Miller (1992) observaban cuando afirmaban que el mercado se ha vuelto el lugar de verificación de gobierno y la empresa ha reemplazado la regulación.

Dentro de la racionalidad gubernamental neoliberal uno de los hechos más relevantes -y mayormente señalados- es que, con el reemplazo de la tecnología de gestión de riesgos localizada en los vínculos colectivos, sociales, estatales y comunales, se ha dado paso a la responsabilización del individuo, quien a través de la movilización de sus propios recursos (materiales, subjetivos, sociales, culturales, etc.), la exaltación de la libertad, el autogobierno, autodisciplina, prudencia, autonomía y suficiencia de recursos de los propios individuos se han hecho cargo y gestores de prevenir y atender sus procesos vitales e infortunios evaluando riesgos y optimizando recursos (M. Foucault 2007; Bauman 2013; Vázquez 2005; Sibilia 2010; Todorov 2014; Rodríguez 2009; Bertrán y Sánchez 2009; Rose 2012; 2001; Carvalho, Resende y Sater de Oliveira 2019; Bazzicalupo 2016; Lazzarato 2019; Rose, O'Malley y Valverde 2006; Ugarte 2005; R. Castro 2010; Chignola 2018; Peeters 2017; Castel 2013). Tales modificaciones de la racionalidad y tecnologías de gobierno, que transfieren la responsabilidad a los individuos para hacerse cargo de su propia seguridad, -de acuerdo a Rose (2012)- no se ha manifestado con tanta elocuencia en otras áreas como en el campo de la salud. Algo que Amuchástegui y Ojeda (2018) también observaban cuando referían que la responsabilización, en el caso del apego al tratamiento, empata con las políticas neoliberales que a la vez se sustentan en el desmantelamiento de derechos e individualiza y moraliza los procesos con el fin de cultivar sujetos que se autoadministren e internalicen las disposiciones de responsabilidad. En este sentido, Rose afirma que: "Ahora, cada ciudadano debe convertirse en un socio activo en la consecución de la salud y aceptar su responsabilidad por garantizar su propio bienestar" (2012: 143). La salud en estas condiciones se convierte en un capital que los individuos deben administrar, eligiendo consumos y hábitos de vida, haciendo inversiones convenientes y calibrando los riesgos que estas puedan implicar.

## **El autocuidado como tecnología de gobierno**

### *La producción de libertad*

Esto, por una parte, nos hace reconocer que esta tecnología de gobierno del autocuidado se sustenta en la libertad, pues como Pyysiäinen, Halpin y Guilfoyle señalan: “La gubernamentalidad neoliberal transfiere la responsabilidad a los agentes individuales a través del mecanismo de “apelación de la libertad”” (2017, 215); mientras que para Han (2014), el neoliberalismo es un sistema muy eficiente para “explotar la libertad”. Galvin (2002) señala que el “estilo de vida”, como parte de la gubernamentalidad, busca conducir las conductas a través de la elección personal y la libertad, pues se basa en el hecho de que podemos seleccionar libremente nuestras formas de vida. Ahora bien, lo que queda patente es que esta tecnología de gobierno -basada en los principios de la racionalidad gubernamental neoliberal- para funcionar requiere de producir libertades (Nosetto 2018; Rodríguez 2009; Chignola 2013; 2018; García 2016) y de esta manera gobierna a distancia con sujetos capaces de autogobernarse y ser responsables de sí mismos (R. Castro 2010) con autonomía regulada (Rose y Miller 1992), pues la libertad no se opone al gobierno sino que se instrumentaliza (Rose, O'Malley y Valverde 2006, 90). De esta forma, “la libertad no se entiende como emancipación total, sino como autonomía responsable” (Vázquez 2005, 93). Por tanto, los sujetos son obligados a ser libres y se les requiere de conducirse a sí mismos de manera responsable como es el caso del campo de la salud (Carvalho, Resende y Sater de Oliveira 2019; Rose 2000). Por ello, una de las características que definen esta responsabilización es que se encuentra asociada a tecnologías de libertad que se han inventado para gobernar a través y no a pesar de las elecciones autónomas de entidades relativamente independientes.

### *La gestión del riesgo*

Para Foucault (2007) el liberalismo, como práctica gubernamental, era consumidor de libertad y, por lo tanto, requería de ella para funcionar. Sin embargo, observaba que también este arte liberal de gobernar requería evitar que el interés individual sea traducido en un peligro para el interés de los demás. “En resumen,

las estrategias de seguridad son el reverso y la condición de la libertad” (Foucault 2007, 85). Dicha tecnología de gobierno, sustentada en la libertad y autorresponsabilidad, por supuesto, pone la gestión y administración de los riesgos en las manos de los individuos quienes son capaces de elegir, decidir y actuar de acuerdo a sus intereses; que en este caso es la salud. Para Vázquez (2005) y para Galvin (2002), en la gubernamentalización liberal avanzada el procedimiento de gestión de los riesgos tiende cada vez menos al *locus* social y se redefine mayormente en la autorresponsabilidad. Es así que el sujeto debe desarrollar conductas de cálculo, autodisciplina y previsión; debe ser prudente en relación con su salud corporal y mental, con su futuro laboral y el de su descendencia, con su seguridad particular, etc. En este aspecto, gobernar los riesgos no es tanto prevenirlos o reducirlos como administrarlos. Es así que Chignola comenta que gobernar los riesgos que la libertad comporta singulariza la responsabilidad de su ejercicio. Por ello -afirma el autor- “[l]a racionalidad gubernamental es una racionalidad *asegurativa*. Descarga los costos sobre el sujeto haciéndolo responsable del uso que él hace de su propia libertad” (Chignola 2018, 49-50). En este sentido, Castiel y Álvarez Dardet señalan que cuanto “más una cuestión es enmarcada en términos de riesgo voluntario, particular, genético y producido voluntariamente, más probable es que los caminos para solucionar tales problemas se inclinen hacia los límites de la responsabilidad personal” (2010, 587). De esta manera, la noción de riesgo ha llegado a ser el más poderosos instrumento de gobierno y junto con la responsabilidad y la elección ha llegado a ser integral para las racionalidades de la democracia liberal (Galvin 2002).

De hecho, para Rose (2001; 2012) en el liberalismo avanzado la distinción binaria entre lo normal y lo patológico ha sido sustituida por las estrategias para el gobierno de los riesgos y posibilidades dentro de la existencia corporal y biológica; por lo que la individualidad se convierte en una práctica somatoética que cada vez toma más al cuerpo -y en este caso los comportamientos que lo afectan- como principal lugar para trabajar sobre sí. De tal forma que el riesgo -dice- se ha vuelto central en la biopolítica contemporánea. En este contexto el saber epidemiológico, de salud pública, médico y social usan el saber probabilístico para definir “los



problemas de salud pública” e identificar los factores asociados con las formas más acuciantes de riesgos (Rose; 2001; 2012; Carvalho, Resende y Sater de Oliveira 2019).

### *El autocuidado*

Este campo de saber que exalta la responsabilidad individual y la autogestión del riesgo cobra forma en las tecnologías de gobierno de autocuidado, que pueden ser entendidas como técnicas y estrategias que, basadas en la libertad producida por la racionalidad gubernamental neoliberal, buscan establecer una normación y una normalización<sup>18</sup> de acuerdo a la cual los propios individuos conduzcan y operen, a través de la autorresponsabilidad y los propios recursos, sobre sus conductas, hábitos, cuerpos y relaciones de modo que incorporen a su cotidianidad las prescripciones de prevención, adherencia al tratamiento, modificación de los estilos de vida y erradicación de los factores de riesgo que empatan con los objetivos de la racionalidad biomédica. Las tecnologías de gobierno -señala Castro-Gómez (2010)- son diferentes de la dominación por cuanto no buscan determinar las conductas de los individuos, sino *dirigirla* de modo eficaz, ya que presupone la capacidad de libertad de aquellas personas que deben ser gobernadas.

En este sentido, Del Monaco señala que “el autocuidado (desde las ciencias sociales) y el *estilo de vida* (desde la biomedicina), refieren a cómo los sujetos, progresivamente, deben hacerse cargo del cuidado de su enfermedad a través de controles y cambios en sus modos de vida” (2013, 70). Mientras que Domínguez, (2017) reconoce que modelo médico del autocuidado se basa en la elección libre, individual y consciente del paciente. En tanto que Menéndez (2003; 2018) señala que el autocuidado es una dimensión biomédica -distinta al modelo de

---

18 A partir de la inclusión de la población en los dispositivos gubernamentales y con ello de los dispositivos de seguridad, Foucault plantea una distinción entre la “normación” y “normalización”. La primera corresponde a las tecnologías disciplinarias que buscan imponer un modelo de comportamiento óptimos y, con base en ello, establece una norma a partir de la cual se determina si el sujeto y su comportamiento se ajusta a ésta. Por otra parte, la “normalización”, se refiere a la regularización de los acontecimientos entendidos en términos de peligrosidad y se dirige a las poblaciones; por lo que se trata de calcular el índice de la normalidad estadística que define el límite de lo aceptable y tolerable de los fenómenos dentro de la población (Foucault, 2006b; Castro-Gómez 2010; E. Castro 2014; Nosetto 2018).

autoatención- que se fija en la acción individual y que se basa en el concepto de estilo de vida. De tal manera, que el concepto de autocuidado suele ser entendido como las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de la salud positiva. Castiel y Álvarez-Dardet (2010), coinciden con Menéndez, y reconocen que el autocuidado es una estrategia individual para hacer que los individuos sean personalmente responsables por la gestión de riesgos socialmente generados.

De manera especial, en el campo de la epidemiología, la promoción de la salud, salud pública y la clínica, se pueden ver estas tecnologías de gobierno que, a través de intervenir los “estilos de vida”, pretenden, por medio de la libertad y la responsabilidad individual (Galvin 2002; Castiel y Álvarez-Dardet 2010; Rose 2001; 2012; Carvalho, Resende y Sater de Oliveira 2019), conducir los comportamientos y conductas *convertidos* y considerados como “riesgos” para la salud. En este contexto aparecen las tecnologías de “autocuidado” en las cuales los individuos deben hacerse cargo del “riesgo” de enfermar o de las complicaciones derivadas de los padecimientos a través de la modificación de los estilos de vida.

### **El sujeto del autocuidado**

El gobierno biomédico de tipo neoliberal requiere de un sujeto capaz de responder de sí mismo; un sujeto que ejerza el gobierno sobre sí mismo y que actúe como autogestor de sus imponderables vitales: un sujeto del autocuidado. Entonces, el autocuidado, como disciplina y autocontrol, se ha convertido en un modelo dominante de cuidado corporal y, de acuerdo a este modelo, el cuerpo saludable representa moralidad, responsabilidad y bienestar. Es así que el autocuidado implica una subjetivación, un “trabajo sobre sí mismo” por el cual el individuo se constituye y se reconoce como sujeto concreto que hace propios o toma como relevo los principios de autorresponsabilidad y libertad en la gestión y administración de la salud como una condición moral de sus acciones. Lemke (2001; 2002), en este sentido, reconoce que la estrategia de hacer “responsables” a los sujetos individuales (y también a los colectivos, como las asociaciones de familias, etc.) implica trasladar la responsabilidad de los riesgos sociales como la

enfermedad, entre otros, al ámbito personal del “individuo responsable”, por lo que se transforma en un problema de "autocuidado". La característica clave de la racionalidad neoliberal -según este autor- es la congruencia que intenta lograr entre un individuo responsable y moral y un individuo económico-racional. Como la elección de opciones -o en su caso de estilos de vida y de adherirse al tratamiento- es, en esta racionalidad, la expresión de la libertad y una decisión autodeterminada, las consecuencias de la acción son soportadas por el sujeto, quien es -de acuerdo a esto- el único responsable.

### *La subjetivación*

La subjetivación<sup>19</sup> puede ser entendida como las diversas formas mediante las cuales el individuo, que se ve en la necesidad de constituirse y reconocerse como sujeto concreto (M. Foucault 2009; 2011; 1999), actúa, se modifica, se conoce y se relaciona sobre sí y consigo mismo (M. Foucault 2008; 2016) (E. Castro 2016). Los “modos” de subjetivación -según Meloni (2010)- son la forma en que los hombres se conciben a sí mismos, las técnicas que utilizan para saberse “sujetos”, la manera en que nos producimos, nos transformamos, nos damos forma de “subjetividad”. Sin embargo, esta subjetivación no se da de manera aislada, pues surge en relación con el saber y el poder situado históricamente<sup>20</sup>; pues, “un sujeto [...] a lo sumo es una forma, el efecto de tecnologías, de saberes y poderes que lo rodean y que lo constituyen” (Chignola 2018,123). Es así que para Deleuze (2016) la subjetivación es el pliegue del afuera hacia dentro; es la relación consigo mismo que deriva del poder y del saber. Pero, si tomamos en consideración las afirmaciones de Lemke (2017), quien entiende a la subjetivación como el modo en que los sujetos hacen de su propia existencia un objeto de elaboración práctica, podemos reconocer por un lado que las subjetivaciones pueden tomar forma de manera distinta en diferentes épocas históricas y bajo diferentes racionalidades gubernamentales; pero, por otra parte, resultan precisas para que las

---

19 La subjetivación también ha sido llamada como: tecnologías del yo, tecnologías de sí o pragmática de sí.

20 De hecho, Foucault va a entender, a partir de su pregunta por la historia del pensamiento, a los “focos de experiencia” como la articulación o correlación de saber-poder-subjetivación (M. Foucault 2009; 1997; 1977; 2011; 2006).

racionalidades políticas puedan operar, por lo que hay una relación de interacción entre las tecnologías de gobierno y las tecnologías del yo. En este sentido cobran relevancia las afirmaciones de Rabinow y Rose, que consideran que la “medicina es quizás el más antiguo sitio donde se puede observar el juego de la verdad, el poder y la ética en relación con el sujeto” (2006, 200).

*Gobierno: La interfaz entre las tecnologías de gobierno y las tecnologías del yo*

Para Foucault (2016; 2008), existen cuatro tecnologías en las sociedades humanas: las de producción, que permiten producir, transformar y manipular cosas; las de significación, que permiten utilizar sistemas de signos; las de dominación, que permiten determinar la conducta de individuos, imponerle ciertas voluntades y someterlos a ciertos fines o ciertos objetivos; y las técnicas de sí, que permiten a los individuos efectuar por sí solos una serie de operaciones sobre sus propios cuerpos, sus propias almas, sus propios pensamientos y su propia conducta. Cada una de estas tecnologías representa una matriz de la razón práctica y, aunque casi nunca funcionan de modo separada, cada una de ellas está asociada con algún tipo particular de dominación: cada una implica ciertas formas de aprendizaje y modificación de los individuos (M. Foucault 2008). Como tal, Foucault (2016; 2008) reconoce que el gobierno<sup>21</sup> es el “punto de contacto” entre las tecnologías de dominación y las del yo; es decir, la articulación entre la forma en que los individuos son conducidos y la manera en la que ellos mismos se conducen.

Hay que tener en cuenta los puntos donde las tecnologías de dominación de unos individuos sobre otros apelan a los procesos por los cuales el individuo actúa sobre sí mismo; y a la inversa, los puntos donde las técnicas de sí se integran a estructuras de coerción y dominación, pues esto permite observar cómo las hacen propias o no. Tal como Foucault refiere: “El gobierno no es pura relación de dominación, en el sentido de que no es tan sólo el medio para imponer la propia

---

21 Nosetto (2018) señala acertadamente que tanto el término gobierno como gubernamentalidad en la propuesta de Foucault, a lo largo de su obra, no mantienen una acepción unívoca ni estable. Este autor señala que esto se debe a dos desplazamientos en la obra Michel Foucault, el primero se refiere a un desplazamiento vertical, pues se debe al cambio de perspectiva en relación con los estudios sobre las tecnologías del poder; el segundo desplazamiento, de tipo horizontal, ocurrió cuando se expandió al dominio del gobierno e incorporó dentro de sí las dimensiones de la ética y la política.

voluntad de la persona a otras personas. El gobierno es una técnica que permite utilizar el sí mismo de la gente y la conducción de sí de la gente, con un objetivo de dominación” (Foucault 2016:132). Para Castro-Gómez (2010) estas “tecnologías de gobierno” no simplemente buscan determinar la conducta, sino dirigirla de un modo eficaz en que los individuos hacen suyos los objetivos de gobierno puestos por una racionalidad exterior y generan “modos de existencia”. Entonces, la interfaz de ambas tecnologías determina la conducta de los sujetos (sujeción) y permite a los sujetos dirigir su propia conducta (subjetivación); con ello podemos entender la concepción foucaultiana de sujeto<sup>22</sup>.

El gobierno no sólo se refiere a la conducción de las conductas de los otros, sino que implica un *continuum* con la conducción de la propia conducta (Vázquez 2005; Lemke 2002; Rose, O'Malley y Valverde 2006); es decir, que preexiste una relación entre las tecnologías de gobierno y las tecnologías del yo, por lo que se puede señalar que en la formación del “sujeto del acutocuidado” hay una coinversión de las tecnologías heteroformativas (de gobierno) y las tecnologías autoformativas (del yo). Es así que, de acuerdo a Vázquez, “la historia de las tecnologías del yo está íntimamente ligada a la historia de gobierno; se produce una coordinación entre las prácticas que uno mismo pone en liza para conformarse como sujeto de acción moral y las estrategias generales por las que las autoridades de diversa índole tratan de conducir la propia conducta” (2005, 81). Entonces, la analítica de esta “interfaz” o punto de contacto entre tecnologías de gobierno-tecnologías del yo permite indagar la relación entre objetivos gubernamentales y los niveles individuales; pero también entre tecnologías de gobierno y tecnologías del yo. Permite indagar las formas de ser sujeto y cómo el individuo se reconoce y trabaja y sobre sí mismo. De esto se desprende la necesidad de preguntarse acerca de esta interfaz o punto de contacto entre las tecnologías de gobierno y las formas en las que los sujetos trabajan sobre sí mismos y se relacionan.

---

22 Para Foucault (1988:7) hay dos significados para la palabra “sujeto”: sometido a otro a través del control y la dependencia; y sujeto, atado a su propia identidad por la conciencia o conocimiento de sí mismo.

### *El empresario de sí mismo, un “individuo responsable”*

Entonces, surge la pregunta, ¿cómo son los procesos subjetivantes que buscan insertar la vida y los cuerpos de los sujetos en las tecnologías de gobierno de la racionalidad neoliberal biomédica? En primer lugar hay que advertir que esta racionalidad requiere sujetos capaces de aumentar su propia capacidades corporales y mantener su salud; preparados para adaptarse a ritmos de la competitividad; con recursos suficientes para afrontar la precarización y limitaciones del derechos a la salud; con competencias técnicas y asimilación adecuada para la adherencia al tratamiento, modificación de los estilos de vida y erradicación de los factores de riesgo personales; y con exigencias cada vez mayores de responsabilidad y autogestión.

La racionalidad neoliberal produce procesos de subjetivación que implican un trabajo ético-político de constitución del sujeto. Las formas de gobierno que tienen por objeto hacer del sujeto responsable de sí y de los costos de sus imponderables -como ya se ha dicho- no se oponen al ejercicio de la libertad, sino que por el contrario las “produce” y las aprovecha para hacer funcionar la responsabilización del sujeto. Castro-Gómez señala que:

En este sentido las tecnologías de gobierno son *existenciales*<sup>23</sup>, pues a través de ellas los individuos y colectivos se subjetivan, adquieren una experiencia concreta del mundo. Y si las tecnologías de gobierno presuponen ya de entrada la capacidad de acción de los individuos, es decir su libertad, queda entonces claro que la meta de estas tecnologías es la *autorregulación*<sup>24</sup>: lograr que el gobernado haga coincidir sus propios deseos, decisiones, esperanzas, necesidades y estilos de vida [...] con objetivos gubernamentales fijados de antemano. Por eso gobernar no significa *obligar*<sup>25</sup> a que otros se comporten de cierta forma (y en contra de su voluntad), sino lograr que esa conducta sea vista por los gobernados mismos como buena, honorable, digna y, por encima de

---

23 Subrayado en el original

24 subrayado en el original

25 Subrayado en el original

todo, como *propia*<sup>26</sup>, como proveniente de su libertad (Castro-Gómez 2010, 42-43).

Las subjetivaciones del autocuidado incorporan la racionalidad gubernamental que expresa y explota la demanda de encargarse de uno mismo como un acto de la propia libertad. Entonces es que el poder no sólo se ejerce mediante la objetivación del sujeto, sino que también requiere de la subjetivación de éste; es decir, las formas en las cuales los seres humanos entienden y actúan sobre ellos mismos dentro del régimen de saber-poder neoliberales. De este modo, la subjetivación del individuo responsable se efectúa por medio de la relación entre las tecnologías de poder y las autoafirmativas de la libertad. Es de esta manera que el sujeto del autocuidado aparece en el acoplamiento de la explosión de las técnicas de individualización de los riesgos y el mejoramiento de las capacidades vitales.

El cuerpo en este contexto sigue siendo central para la biopolítica, pero no sólo para la extracción de su fuerza productiva, sino como una especie de superficie de inscripción donde se muestra y se expresa el mismo sujeto que afronta un nuevo mandato, el del deber “trabajar sobre sí mismo” para prevenir los riesgos de manera responsable y libre. En este marco, en que cobran cada vez mayor relevancia los procesos subjetivantes con relación con las tecnologías de gobierno, es que la tesis de Rose acerca de la *ethopolítica* tiene vigencia. Para Rose (2001; 2012), las tecnologías médicas, al adscribirse a la “ethopolítica” (*ethopolitics*) contemporánea, se abren a un campo más amplio que el de la cura de la enfermedad o el mejoramiento de la salud, pues su competencia se encuentra en las “políticas de la vida en sí” (*life itself*). Estas políticas, que buscan reconfigurar los procesos vitales, con el fin de maximizar su funcionamiento y mejorar sus resultados, se ocupan de la capacidad de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las capacidades vitales de los seres humanos incitando las tecnologías del yo. Entonces, la ethopolítica se concentra en las técnicas de sí, por medio de las “cuales el ser humano debería juzgarse a sí mismo y trabajar consigo mismo para mejorarse” (Rose 2012,64).

---

26 Subrayado en el original

Sin embargo, en esta explosión de las tecnologías del yo nos enfrentan con una “paradoja de la libertad”, pues se es libre en la medida que se asuman los modos de vida compatibles con esta autorresponsabilización. Tal como afirma Han: “Vivimos en una fase histórica especial en la que la libertad misma da lugar a coacciones” (2014, 12). Entonces, con base en la apuesta de los estudios de la gubernamentalidad, se puede reconocer que las características de las problemáticas liberales de gobierno dependen de las tecnologías para “gobernar a distancia”, buscando crear sujetos capaces para operar una autonomía regulada. Como tal, para Rose y Miller (1992), el poder no es tanto un asunto de imposición de limitaciones sobre los ciudadanos como de una “constitución” de ciudadanos capaces de llevar a cabo un tipo de libertad regulada, pues de esta manera la libertad y la subjetividad, en vez de representar una amenaza, es funcional para el gobierno de la política. Por ello, este sujeto, entonces, es libre en la medida que somete sus modos de vida, comportamientos, deseos, aspiraciones y acciones a la racionalidad neoliberal (Bazzicalupo 2016; Lazzarato 2019).

Lorey (2008) parte del supuesto de que autonomía y libertad, dentro de la racionalidad neoliberal, están constitutivamente conectadas con los modos de subjetivación. Estas subjetivaciones contribuyen a producir las condiciones que permiten convertirse en parte activa en los objetivos biopolíticos de producir y maximizar los estándares de salud de la población. Es decir, que la capacidad de modelarse y crearse surge en relación a los dispositivos de la gubernamentalidad. Esto es que el sujeto aprende a ser capaz de autoridigirse, aprende a tener un cuerpo sano y que puede enfermar si falta a las normas de autocuidado. Entonces, el individuo moderno “libre” -señala- se ve compelido a coproducirse mediante un tipo de relación consigo mismo. El concepto de “responsabilidad de sí” -o de autocuidado, en nuestro caso- funciona como una interpelación neoliberal al gobierno de sí. Lorey, de tal manera, va a señalar que en el gobierno de sí tiene lugar una paradoja: gobernarse, controlarse, disciplinarse y regularse, significa al mismo tiempo, fabricarse, formarse y empoderarse, lo que, en este sentido significa ser libre; o mejor debemos apuntar a que es *producido libre*. De esta manera -



afirma-, en la simultaneidad de la sujeción y el empoderamiento, participa de manera continua en la reproducción de las condiciones de la gubernamentalidad.

En este contexto en el que los sujetos son producidos libres y dotados de agencia, a la vez se encuentran subyugados. Esto queda ejemplificado en las afirmaciones de Rodríguez (2009), quien reconoce que la especificidad entre política, cuerpo y vida, a causa de la transferencia de la responsabilidad, está dada por modos de subjetivación e implica que la optimización de la salud haga referencia a que el cuerpo encaje en las exigencias de salud vinculada a lo joven y lo esbelto. Mientras que Collado señala que: “sobre los cuerpos el poder se ejercita como auto-limitación y auto-responsabilidad, racionalización del propio poder ejercido sobre el propio cuerpo, es decir, gestión individualizada del capital humano o de lo humano como capital” (2014:92). Tal como Rose y Miller (1992) van a reconocer, el neoliberalismo reorganizó los programas de gobierno de la vida personal y el empresario, dotado de libertad y autonomía, se ha vuelto predominante; algo en lo que coinciden varios autores (López 2010; R. Castro 2010; Moreno 2010). Incluso Foucault (2007, 211) reconocía que la empresa es una manera de comportarse donde los individuos actúan de forma libre, múltiple y dinámica. Es decir, que este sujeto del autocuidado es un “empresario de sí mismo”, un sujeto que traza por propia responsabilidad sus decisiones y, al ser su propio “capital”, debe abonar e invertir, como un empresario, continuamente en sus aptitudes y capacidades para competir con los demás y responsabilizarse de su propio bienestar.

Ha sido de tal magnitud esta subjetivación que Han (2014) va a emitir la tesis de que actualmente la biopolítica ha cedido frente a una *psicopolítica*; es decir, que el trabajo sobre la corporalidad ha sido sustituido por el de la optimización de los procesos psíquicos, por lo que las técnicas de poder neoliberal pretenden lograr que el sujeto actúe de tal modo que reproduzca por sí mismo el entramado de dominación. Esta mutación ha implicado que los sujetos se vuelvan empresarios de sí mismos, con la consecuencia de que se ha eliminado la explotación por vías externas y se ha impuesto una autoexplotación que promueve la competitividad y

la individualización; con la obvia merma de la acción política y prescindiendo de las limitaciones en la capacidad productiva a través de mecanismos fijados en la subjetividad (Han 2012; 2021; 2013; 2014): “El sujeto del rendimiento, como empresario de sí mismo, sin duda es libre en cuanto que no está sometido a ningún otro que le mande y explote; pero no es realmente libre, pues se explota a sí mismo, por más que lo haga con entera libertad” (Han 2014b, 19). Lo que permite suponer la radicalización de los mecanismos de control descritos por Deleuze (2014), pues la libertad ha quedado en entredicho.

### **Subjetivación y resistencia**

Debemos detenernos un segundo para señalar que la subjetivación de ninguna forma puede ser empleada o entendida como una programación pasiva libre de resistencia; es decir, producto de una apropiación de la dominación (como podría parecer que plantean los estudios de la gubernamentalidad). Por lo contrario, hay que recuperar el hecho “no hay relación de poder sin resistencia” (Foucault 1988,19); y dicha resistencia -constitutiva de las relaciones de poder- se ejerce por sujetos en la medida que son libres. Y, por sujetos libres, Foucault va a entender, “sujetos individuales o colectivos, enfrentados con un campo de posibilidades, donde pueden tener lugar diversas reacciones y diversos comportamientos” (1988:15). A razón de lo anterior es importante considerar que la resistencia no es un hecho determinado sino que es una *posibilidad*. Con base en esto es factible entender -como señala Han (2016b)- el hecho de que hasta el súbdito que obedece absolutamente al soberano -mientras mantenga su libertad- tiene la posibilidad de resistirse; pero, también, es posible encontrar la hipérbole del poder cuando al soberano no se le enfrenta ninguna resistencia, por lo que se pueden encontrar relaciones de poder sin resistencia. Empero, esto último no anula la posibilidad de resistirse como resultaría en el caso de la violencia o la dominación.

Lo anterior debe permitirnos reconocer que la condición de ejercicio de la resistencia se encuentra en la subjetivación debido a que cuando las “formas de trabajar sobre sí” implican una dimensión ética, y no sólo moral, es siempre una

pregunta por la libertad. Lo cual hay que advertir es importante en la medida en que la resistencia no puede ser limitada a simples actos de rechazo o desobediencia; sin la pregunta ética y una subjetivación política difícilmente atendemos a actos de resistencia. En este sentido, Castro (2014) recuerda que Foucault establece una distinción entre la moral y la ética. Por moral puede entenderse el código de valores y de reglas que se les propone a los individuos o la adecuación de sus comportamientos a estos valores y reglas; mientras que la ética se refiere a la manera en que los individuos se constituyen a sí mismos como sujetos morales, vinculándose con cierto código. Dependiendo de si se asume la moral -los códigos y reglas que se impone seguir- o se vincula con la ética (dándose un modo de ser o de vivir a través de las prácticas de libertad), “[u]no puede gobernarse a sí mismo, no ser esclavo de sí mismo, sino también producirse a sí mismo, su propia vida, en la forma de la verdad” (Castro 2014, 119). Como refiere Gros, acerca de la ética, “es la manera en que cada cual se remite a sí mismo, entabla consigo mismo cierta “relación” a partir de la cual se autoriza a hacer algo, esto en vez de aquello. La ética del sujeto es el modo en que se forja y trabaja cada cual” (Gros 2019, 31) dando forma a su propia libertad. En este sentido es que se puede afirmar que el sujeto requiere *ser* libre y no simplemente ser *producido* libre para *poder* resistirse.

Con esto en mente podemos observar que, de acuerdo a Vázquez (2005), esta coordinación entre tecnologías de gobierno y del yo no implican en ningún caso una determinación simple de las primeras. Las tecnologías del yo bien pueden estar alineadas a las metas del gobierno, pero también pueden funcionar como un lugar de contestación. En este punto Dean (2010) coincide, pues atina a reconocer que las prácticas de sí, no sólo pueden ser instrumentos para perseguir metas políticas, económicas o sociales, sino que también son medios de resistencia a otras formas de gobierno.

La subjetivación entonces no es necesariamente el campo de ajuste a los dictados del saber y el poder, sino que puede ser un campo de resistencia, aceptación o formas de convivir con éstos. De hecho, Foucault dentro de su analítica va a precisar de la subjetivación como una tercera dimensión que se

integra al saber y al poder, pues de lo contrario no lograría superar la inmanencia que implicaba la analítica del saber-poder donde el sujeto sería únicamente una larva programada por este tándem; de tal manera, que no habría resistencia, ni sujeto “fuera” del saber-poder como tampoco una forma de existencia diferente a esta relación (Deleuze 2016; Castro-Gómez 2010; Deleuze 2014). Es así que para Deleuze (2014; 2016) los focos de resistencia suceden en la subjetivación que es el proceso de sí mismo, como relación consigo mismo. Este filósofo reconoce que la subjetivación es la relación consigo mismo que deriva del poder y el saber, pero que no depende de ellos. La subjetivación -de acuerdo a Deleuze- no desaparece y se adapta simplemente a los dos ejes del saber y el poder, pues “[s]iempre existirá una relación consigo mismo que resiste a los códigos y a los poderes; la relación consigo mismo es uno de los orígenes de esos puntos de resistencia [...] (Deleuze 2016,136). Por otra parte, también afirma que dicha subjetivación es “una dimensión específica sin la cual no sería posible superar el saber ni resistir al poder” (Deleuze 2014, 160).

Foucault va asumir esta resistencia en términos de “crítica” cuando habla de la *Ilustración*. Es así que define la crítica como “el arte de no ser de tal modo gobernado” (M. Foucault 2006, 8). Con esto hace referencia al cuestionamiento de esa forma de gobernar, por sus principios, procedimientos y objetivos. Lo que plantea la actitud crítica es buscar una relación distinta al funcionamiento de la verdad; es la oposición a la obediencia a los títulos que legitiman el gobierno; es, por último, la propia comprensión de la verdad como un ejercicio propio y no impuesto por la autoridad. Chignola (2018) explica esto como un “juego” entre la gubernamentalización y la crítica, donde el sujeto asume el derecho de examinar la verdad sobre sus efectos de poder y al poder sobre sus discursos de verdad. Criticar el gobierno -considera- no significa tener que proponer respuestas “razonables” a su agenda de problemas, sino más bien interpelarlo sobre las finalidades que él se concede, sobre los medios elegidos para realizarlas, sobre la propia “razonabilidad” general de los procedimientos y de los motivos con que reviste su propia acción (Chignola 2018, 213).

Por tanto, el mandato debía ser encuadrado como una tecnología de gobierno, como parte de una racionalidad, en la que se pretende conducir de la manera más eficaz posible la conducta de los sujetos y las poblaciones a una serie de objetivos propuestos, como el control y la prevención, o la regularización y normalización, de las enfermedades crónicas y el envejecimiento, y ante las cuales los sujetos pueden asumir como propias, resistirse o adaptarlas a sus formas de vida. Para Foucault (1988) cuando define al gobierno como un ejercicio del poder (como un modo de acción sobre las acciones de los otros) se incluye un elemento importante: la libertad. Por supuesto, que esto nos hace considerar que el mandato -como tecnología de gobierno (o, en su caso, como relación de poder)- no puede ser considerado, ni confundido como un acto de dominación o violencia. Pues la violencia o la dominación no permitirían recocer las resistencias, pues estas no son posibles en estos marcos. Con este elemento de la libertad -siguiendo a Foucault (1999; 2008; 1988; 1977; 2000)- se debe mencionar que en toda relación de poder, o mejor dicho tecnología de gobierno, existe necesariamente la posibilidad de resistencia; de hecho, sin esta posibilidad el autor considera que no existiría una relación de poder, ni de gobierno sino de dominación. La resistencia, entonces, podemos decir, siempre está en *potencia* entre las personas con padecimientos; lo cual es importante, pues dicha posibilidad supone que no necesariamente se convierta en obra. Chignola de manera enfática señala que: “[...] no hay poder capaz de volver absolutamente imposible la resistencia, la *desobediencia*, la *soulèvement* por medio de la cual una minoría, un grupo o un pueblo entero dice: “No obedezco más” [...]” (2018, 203). Por ello, siguiendo a Foucault (1988), a través de las resistencias, como punto de partida o catalizador, es factible poner en evidencia las relaciones de poder, los lugares donde se inscriben, descubrir sus puntos de aplicación y los métodos que utiliza. Es por ello que en lugar de analizar el poder desde el punto de vista de su racionalidad interna sugiere analizar las relaciones de poder a través del enfrentamiento de las estrategias. Por eso, en lugar de analizar el mandato es preciso analizar cómo el sujeto aprehende este, no sólo cómo lo asume y obedece, sino como se enfrenta al mandato. Tal como el mismo Foucault (1999), reconocía, es necesario el análisis de las técnicas de

gubernamentalidad porque a través de estas técnicas es como se establecen y se mantienen los estados de dominación.

## **El mandato como orden sensible**

### **Comprender**

Jean Luc Nancy (2016), sugiere que para obedecer una orden hace falta que tenga sentido, saber por qué se obedece, comprender por qué se debe hacer; entender no sólo la orden, sino el sentido de la orden. Por su parte, Lyotard (1999), cuando observa la “diferencia” en el encadenamiento de una oración prescriptiva con una cognitiva, afirma que partiendo de la primera son posibles muchas clases de proposiciones, interpretaciones, demostraciones o actos. De hecho, se puede suponer que la orden puede desarrollarse en medio de malentendidos, en el que el mandatario interpreta algo distinto al imperado. Así, por ejemplo, para Wittgenstein (2009) un hombre debe entender una orden antes de obedecer y para esto se debe encontrar lo *común*. Lo *común* -en este caso- es ese elemento a través de lo cual, a pesar de las diferencias, la diversidad de elementos, y formas, permite establecer una convención en la que el sentido es similar. De hecho, Wittgenstein afirma que el criterio para reconocer que ha habido entendimiento es que se pueda llevar a cabo una orden. El hecho es que el paciente no es un sujeto pasivo sino un oyente activo, por lo que nada asegura, en este caso, que la orden que es emitida por el médico sea interpretada de la misma manera por la persona con el padecimiento.

Pero, aquí la “comprensión” no se trata sólo de un problema de malentendidos. Canetti (2000) va a ofrecer un giro a esta perspectiva comunicativa y va a sugerir que es la “calidad” de los hablantes la que determinará las divisiones dentro de lo “común”. Hay, en su perspectiva, una desigualdad “artificial” que sugiere que ésta es posible sólo a través de la igualdad. De esta manera, la desigualdad es la forma en la que se reparte lo común y por ello -como menciona- la “ficción” de que la comprensión sólo puede darse por medio de la orden -entre quienes no tienen un lenguaje común- lo que plantea es el reparto sensible de las diferencias, por lo que sólo a través de éstas es posible “entenderse” en el mandato.

En el mandato se entiende que se debe mandar y obedecer porque cada uno tiene una función a partir de su desigualdad.

La relación de artificial diferencia de especie entre quien ordena y quien ha de obedecer significa que no tienen una lengua en común. No han de hablar entre ellos, es como si no pudiesen hacerlo. La ficción de que sólo pueden comprenderse por medio de la orden se mantiene en todas las circunstancias. Así los mandatarios, dentro de la esfera de su función, callan. Pero así, también uno se acostumbra a esperar de los silencios, cuando por fin hablan, palabras que son como órdenes (Canetti 2000, 348).

Estamos en una relación de *desacuerdo* en la que -como señala Rancière (1996)- uno de los interlocutores entiende y a la vez no entiende lo que dice el otro. Es el conflicto que ocurre entre quienes al hablar de lo mismo lo entienden de diferente manera o no entienden que el otro dice lo mismo con el mismo nombre. Cabe advertir que este desacuerdo no se refiere únicamente a las palabras, en general se refiere a la situación misma de quienes hablan; no es sinónimo del desconocimiento, que es resultado de la ignorancia de uno de los interlocutores; así como tampoco es un malentendido derivado de la imprecisión de las palabras. En el desacuerdo, el médico y la persona con el padecimiento, entre quienes existe una relación desigual, entienden y no entienden lo mismo en las mismas palabras, pues “al mismo tiempo que entiende claramente lo que le dice el otro, no ve el objeto del que el otro habla; o, aun, porque entiende y debe entender, ve y quiere hacer ver otro objeto bajo la misma palabra [...]” (Rancière 1996, 9). Se trata -como anuncia Rancière (1996)- de la posición de quienes hablan y la presentación sensible de lo común; es decir, a la condición de quienes pueden ser vistos y escuchados y quienes no; quienes al hablar tienen el *logos* y quienes, al hacerlo, sólo emiten ruido<sup>27</sup>. Se trata del orden en el que algunos pueden ser vistos y que

---

27 Rancière reconoce que la metáfora de la animalidad en Aristóteles sirve para rechazar hacia a un lado a los seres parlantes sin cualidades que introducen la perturbación en el *logos* y en su realización política como *analogía* de las partes de la comunidad; al igual que la noción de pueblo, que es el nombre de la forma subjetiva de la distorsión, ha servido por el orden social para expulsar a la mayoría de los seres parlantes “a la noche del silencio o al ruido de los animales”. Con ello entiende que la dominación es resultado de una distribución simbólica que divide en dos categorías, entre a los que se ve y a quienes no; aquellos de quienes hay un *logos* y aquellos de quienes no hay tal; quienes hablan verdaderamente y quienes sólo expresan ruido.

otra cosa no lo sea; que cierto saber sea entendido como válido y que otro pertenezca al discurso del “ignorante” o la estulticia. Dicho reparto de lo sensible<sup>28</sup> supone que las oposiciones, por ejemplo, embrutecer-emancipar o ignorancia-saber, no son simples oposiciones lógicas entre términos, sino que definen una distribución de posiciones (Rancière 2019b). En este sentido, el reparto sensible es entendido como la forma de tener parte al definir primero los modos de percepción en que se inscriben. Debe entenderse -señala Rancière (2019)- en el doble sentido: por un lado, como aquello que separa y excluye; y, por otro, como aquello que permite participar. Un reparto de lo sensible -continúa- se refiere a la manera en que está determinada la relación entre un común compartido y la distribución de partes exclusivas en la experiencia sensible: esta última forma de distribución anticipa la distribución de las partes y presupone el reparto de aquello de lo que es visible y de lo que no lo es, de lo que puede oírse y de lo que no se oye. Una distribución que define las divisiones entre los modos de hacer, de ser y de decir que asigna a las partes a tal tarea, lugar y función.

### **Verificación de la igualdad**

Aquí es donde debemos recuperar la hipótesis de la verificación de la igualdad de Rancière, según la cual, “la desigualdad solo existe a razón de la igualdad” (Rancière 2018; 2018b; 2011; 2012; 1996;). Para este filósofo, “la contingencia desigualitaria no puede, en última instancia, descansar en ningún otro fundamento que no sea la contingencia igualitaria que la niegue” (Rancière 2011, 171). Es así que la verificación de la igualdad en el mandato trata de saber si el acto de recibir el mandato del médico es un testimonio de igualdad o desigualdad; se trata de saber si se verifica una igualdad de inteligencias entre el médico y la persona con el padecimiento, pues como el mismo Rancière dirá: “La igualdad no se da ni se reivindica, se practica, se *verifica*” (2018, 122).<sup>29</sup> Rancière (2018) utiliza la verificación de la igualdad, entre otras propuestas, para hablar de la emancipación/embrutecimiento a través de verificar la igualdad de las inteligencias.

---

28 Rancière puede utilizar de la misma forma y con el mismo sentido los términos “configuración de lo sensible”, “división de lo sensible” o simplemente lo “sensible”.

29 Subrayado en el original.



Entonces, considera que una orden nunca será ejecutada si el inferior que la recibe no comprende la orden y el hecho de que es necesario obedecerla. Por ejemplo, en este caso, el nivel mínimo de igualdad se encuentra en el lenguaje que permite -al mismo tiempo- explicar la desigualdad entre las partes: las que tienen la inteligencia suficiente y válida y aquellos que no cuentan con la inteligencia y sólo pueden ejecutar lo que se les ha pedido; entre quienes tienen la palabra y entre los que sólo emiten ruido.

Luego de esto, hay que decir que la *comprensión* en, este caso, es un designador de la *partición de lo sensible* en la que hace entender a quienes se dirige la orden que están quienes “entienden” los procesos de *s/e/a* y quienes sólo deben ejecutar los mandatos ajustando no sólo su voluntad, sino su inteligencia, a quien posee el *título* de superioridad. Pero, comprender también puede implicar otra respuesta del tipo política en la que el imperado entiende que quien mandata establece una división de inteligencias y de saberes -una división de las partes- y con esto establece una división entre quienes gobiernan y obedecen. Por tanto, se afirman como iguales al postular una sola inteligencia que es común y, como tal, pueden adherir su voluntad a otra sin dejar de obedecer a su propia inteligencia. Esta es la relación entre embrutecimiento y emancipación, es decir, la confirmación de una incapacidad en el acto mismo o forzar una capacidad, que se ignora o se niega, a reconocerse y a desarrollarse con todas las consecuencias de este reconocimiento (Rancière 2018).

#### Embrutecer o emancipar

Cabe decir que el embrutecimiento se sustenta en la lógica de que la inteligencia, el saber o la capacidad se encuentra en un lado que pasa al otro: lo que una de las partes debe *aprender* o *hacer* es lo que la otra le *enseña* o le *hace ver* sin que esto implique necesariamente una condición de igualdad. En otras palabras, lo que se le “explica”. Y es que esta explicación no es únicamente expresar “cómo” se desarrolla una tarea o función; sino, que es asegurarle que no puede prescindir de las explicaciones del “que sabe” y como tal expresa el principio de desigualdad. La “explicación” se basa en el mito de la división de las inteligencias

en una superior y una inferior; es por supuesto demostrarle a alguien que no puede comprender por sí mismo. El explicador -de acuerdo a Rancière (2018)- es quien necesita del incapaz y no a la inversa; es quien amarra al ser que han vuelto inferior con el lazo más resistente del embrutecimiento.

Por tanto, Rancière (2019) entenderá por embrutecimiento la verificación interminable de la desigualdad de las inteligencias que por medio de la “explicación” hace “comprender” al “inferior” la necesidad de estar sujeto a esa posición. Sabemos -dice- que esto es lo que define la visión embrutecedora del mundo:

[...] creer en la *realidad* de la desigualdad, imaginarse que los superiores en la sociedad son, en efecto, superiores y que la sociedad estaría en peligro si la idea de que esta superioridad es tan sólo una ficción convenida se propagara [...] De hecho, sólo un emancipado puede escuchar sin perturbarse que el orden social es por completo una convención y obedecer escrupulosamente a superiores que sabe que son sus iguales. Sabe qué puede esperar del orden social y no provocará grandes disturbios (J. Rancière 2018, 175)

El embrutecimiento, podemos decir, asegura el orden y reparto sensible al ocultar el “principio anárquico”: “si se proclama la igualdad de inteligencias, ¿cómo las mujeres podrían seguir obedeciendo a sus maridos y los administrados a los administradores?” (Rancière 2018,145). Pero el embrutecimiento también es un método que hace aparecer el sentimiento de la propia incapacidad: “El embrutecimiento es, en el fondo, lo propio del método, que hace hablar a alguien para hacerle concluir que aquello que él dice es inconsistente y que él jamás habría sabido que aquello que tenía en la cabeza era inconsistente si alguien no le hubiera señalado el camino para demostrarse, a sí mismo, su propia insuficiencia” (Rancière 2018, 225).

Tal como Bourdieu (2011), proverbialmente, al relacionar la medicalización con su categoría de “racismo de las inteligencias”, muestra. Este sociólogo va a sostener que este racismo se presenta como la justificación de los gobernantes a través de la jerarquización de las inteligencias que supone la “naturalización” de las diferencias sociales: “Es lo que hace que los dominantes se sientan justificados de

existir como dominantes, que se sientan de una *esencia superior*” (Bourdieu 2011, 262).<sup>30</sup>

En tanto que la emancipación demanda que la verificación de igualdad sea el punto de partida (pues no hay dos tipos de inteligencias separadas por un abismo), por lo que no es lo que se “ignora”, sino de aquello que se sabe de donde se inicia para obligar a que se use la propia inteligencia. No se trata de conocimientos; se trata de la igualdad de todas las manifestaciones de la inteligencia. Se opone a la lógica de la explicación y su inexorable necesidad de la inteligencia de quien “sabe”. La emancipación es la conciencia de la igualdad que repudia la división entre los que saben y los que no; entre quienes poseen o no la propiedad de la inteligencia (Rancière 1996; 2018; 2019b). La emancipación:

[...]comienza cuando se vuelve a cuestionar la oposición [...], cuando se comprende que las evidencias que estructuran de esa manera las relaciones del decir, del ser y del hacer pertenecen, ellas mismas, a la estructura de la dominación y de la sujeción. Comienza cuando se comprende que mirar [o autoatenderse en este caso] es también una acción que confirma o que transforma esta distribución de las posiciones (Rancière 2019b,19).

Al final, la emancipación supone un proceso subjetivante donde ocurre la “colectivización de las capacidades invertidas en escenas de disenso. Es la puesta en obra de la capacidad de cualquiera, atributo de las cualidades de los hombres sin cualidades” (Rancière 2019b, 52).

### **Mandato despótico**

Foucault (2008; 2011; 2016; 2002b; 2017) supone que en el mundo de la Grecia clásica la obediencia sólo era una etapa, ocurría entre iguales y se daba por persuasión racional o porque era la ley o la voluntad de la ciudad; en cambio, con el cristianismo la obediencia se basa en la única voluntad del pastor y opera como un lazo de sumisión personal. A partir de este momento la obediencia será vista

---

30 Subrayado en el original.

como una virtud, lo cual implica que deje de ser temporal o un medio para alcanzar un fin. La obediencia es el fin en sí mismo. Sin embargo, Foucault, en el mundo griego, sólo está observando la *polis* y no atina a observar el *oikos* en donde la obediencia también operaba como un fin en sí mismo, no era temporal e implicaba una relación desigual permanente.

En el mandato se puede verificar o no la igualdad, pues se presenta como una distribución sensible donde lo común se encuentre organizado en divisiones que reducen al mínimo el poder de gobierno del imperado; o, contrariamente, que reconozca como iguales al mandante y al mandado y, de esta manera, todo el mundo está calificado para la dirección de asuntos comunes. Aquí debemos reconocer dos tipos de mandatos, uno en el que el paciente *comprende* el lenguaje, pero no lo posee y como resultado sólo puede ejecutar la orden y no más; por otro lado, un mandato que permite, con ese mínimo de igualdad, servir para autoafirmarse y desarrollarse. Un mandato que desde la igualdad tiene la potencia que permite operar. Llamamos al primero mandato despótico (*archè despotikè*) y al segundo político (*archè politikè*).

Aristóteles, en *La Política*, diferenciaba claramente entre estos mandatos: el mandato despótico del mandato político. El mandato político, a diferencia del despótico, se daba entre *politès* (ciudadanos), sujetos que nacían iguales y hombres libres, que si bien podían recibir mandatos también podían emitirlos; es decir, a la vez que son gobernados forman parte del gobierno. Por tanto, el ciudadano comprende ambas capacidades: mandar y ser mandado. Incluso, a través del mandato aprendía a mandar él mismo, pues -según Aristóteles- no se puede mandar sin antes haber obedecido. En este sentido resulta diametralmente opuesto al mandato despótico, que era el que ocurría entre el *despòtes* y el esclavo en el *oikos*, en el que los imperados, aunque recibieran una gran cantidad de órdenes, jamás lograrían alcanzar la igualdad, capacidad o título necesario para poder emitir un mandato. Queda claro que en el gobierno doméstico entre el imperante y el imperado hay un reparto sensible basado en la completa desigualdad que provoca que no sean reconocidos como interlocutores; por lo contrario, esta

desigualdad, el título de unos y la carencia de éste de los otros, es la argamasa que permite el gobierno de tipo despótico en el que el súbdito, al parecer, siempre *debe* carecer de la inteligencia y de razón. De hecho, Aristóteles afirmaba que el esclavo “sólo participa de la razón en cuanto puede percibirla, pero sin tenerla en propiedad” (Aristóteles 1967, 215). Es así que mientras la orden política se enfocaba al gobierno de la vida en común y la maximización del interés público y era ejercido por sujetos iguales que poseían el *logos*; el mandato despótico no verifica la igualdad y busca dividir las partes de la comunidad para mantener y autorreproducir sus distribuciones sensibles entre aquellos que emiten palabras y quienes sólo hacen ruido.

Al parecer, este mandato despótico aún se mantiene vigente y, por ejemplo, para Agamben (2008), de la idea de la *oikonomía* procede la biopolítica moderna. Mientras que para Arendt (2016; 2020; 2005) este mandato extraído del *oikos* se ha trasladado al espacio público- político, por lo que entiende que el gobierno tiene su origen en la esfera familiar. Como tal, va a definir el gobierno como el “concepto de que los hombres sólo pueden vivir juntos legal y políticamente cuando algunos tienen el derecho a mandar y los demás se ven obligados a obedecer” (Arendt 2005, 245) o, de manera similar, como la división entre aquellos que dan órdenes y aquellos que las ejecutan (Arendt 2016, 88). De esto se desprenden dos consecuencias: la primera es que, para esta filósofa, la relación entre mando y obediencia sirve hasta la fecha como base para las actuales formas de gobierno (Arendt 2005, 2016). La segunda, es que se mantiene vigente esta forma antipolítica donde ha permanecido como algo inherente al concepto de gobierno considerar a la *acción* como la *ejecución* de las órdenes y, por tanto, distinguir en el espacio político entre aquellos que *saben* y aquellos que hacen (Arendt 2016, 88-89). Es decir, que es antipolítica por cuanto reduce la capacidad de acción a la mera “ejecución de órdenes” (Arendt 2005; 2016). Entonces, la capacidad de iniciar “algo” (*archein*) junto con otros (*prettein*), que se enrolan voluntariamente y en condiciones de igualdad, es reemplazada por una relación supervisora del amo que indica a sus sirvientes cómo realizar una tarea dada. Con ello podemos ver este proceso de “embrutecimiento”, pues cuando la acción deviene mera ejecución, que

es determinada por alguien que “sabe” (y, por tanto, no actúa él mismo), quien ejecuta “no sabe” y no necesita pensamiento ni inteligencia o saber, debido a que sólo debe “comprender” y ejecutar lo que se le pide.

Pero debemos notar que el problema es que si no se considera la igualdad no puede haber emancipación, ni cambios en la distribución sensible debido a que no coincide con el proceso subjetivante. Si se piensa únicamente en la libertad se da por hecho el orden, como si hubiese igualdad, pues la desigualdad en la relación de poder sólo sería una estrategia y no una disposición de las partes. Es así que Foucault nos permite ver cómo el sujeto permite o no la determinación de su conducta en la atención, pero Rancière nos permite ver la distribución sensible y la emancipación o embrutecimiento.

De hecho, Arendt (2020), quien como hemos visto cuestiona la relación mando-obediencia al considerarla una relación antipolítica, no escapa de la trampa de eludir la igualdad y centrarse únicamente en la libertad en su propuesta. Es así que con su concepto de *autoridad* -que junto con la religión y tradición forman una trilogía que ofrecía estabilidad al mundo- va a suponer que el punto central, en que se diferencia del gobierno, es que ésta siempre está relacionada con la libertad. Con esto puede suponer que “la autoridad implica una obediencia en la que los hombres conservan su libertad” (Arendt 2020, 166) y, de la misma forma, sostener que la autoridad siempre demanda obediencia, así que puede investir lo mismo a una persona que a un puesto (Arendt, 2015). Es claro para la filósofa que la autoridad no puede confundirse con la violencia, pero lo que resulta más interesante para el caso es que tampoco debe ser empatada con la persuasión debido a que ésta demanda igualdad y esto -advierte- socava la autoridad (Arendt 2015, 2020). La autoridad -sostiene Arendt (2020)- siempre se alza con un orden jerárquico, pues no se apoya en una razón común, por lo que una forma autoritaria de gobierno, con su estructura jerárquica, es la menos igualitaria de todas las formas: incorpora la desigualdad y la distinción como principios omnipresentes.

Bajtín (2011) -con la palabra autoritaria- y Gros (2019) coinciden con Arendt en cuanto a que la autoridad es una configuración desigualitaria que exige obediencia. Pero, en ese caso, la afirmación de Gros es pertinente, pues señala que: “obedecer ya no es doblegarse por una coacción que obliga a soportar lo insoportable, sino conformarse suavemente a un orden que pone a cada cual en su sitio, es situarse en la verticalidad de una armonía satisfactoria” (2019, 60). Es así que esta autoridad, como el saber, funcionan como *títulos*, pues llenan las condiciones de la definición de una jerarquía de posiciones y la definen en continuidad con la naturaleza (J. Rancière 2012) (como algo hipostasiado). Los títulos se corresponden a cierta legitimidad considerada “natural” o a un principio teórico que lleva consigo una distribución de posiciones y capacidades. Derivado de ello se busca que el gobierno sea el ejercicio de cierta calificación (o título) ejercida por quienes la poseen sobre quienes carecen de él (Rancière, 2013; 2019).

### **Ontología del mandato: el imperativo**

Pero esta relación embrutecimiento va a resultar todavía más urgente si es verdad la hipótesis agambeniana de que la sociedad actual está dominada por la ontología del mandato, donde el *logos* no apofántico gobierna de manera solapada, y “la estupidez del ciudadano moderno no tiene límites” (Agamben 2012b, 62). Agamben (2012; 2012b) plantea que en la cultura occidental hay dos ontologías distintas y sin embargo relacionadas: una ontología de la aserción expresada en el modo indicativo del *es*, de la existencia; y otra, la ontología de la orden que se expresa en el modo del imperativo *sé*, del *deber*. La primera está relacionada con la *apophansis* que es el discurso que es capaz de manifestación porque éste significa que cualquier cosa existe o no y que puede, por eso, ser verdadera o falsa. En tanto, la segunda está referida a lo no apofántico que es indiferentes a la verdad o la falsedad porque no revelan nada ni manifiestan nada en el sentido apofántico. No dice nada de nadie, no describe un estado de cosas y, sin ser por ello falsa, no refiere a algo que *es*, a algo que existe. Corresponde al “imperativo” y por ello no refiere a algo que existe, sino más bien a un “debería”.

## Imperativo

Milgram (2016) señala que un mandato consta de dos partes: una definición de la acción y el imperativo de que la acción sea llevada a cabo. Pero, cuando se dice “esto es una orden” no se hace referencia a la *existencia* de la orden sino a su capacidad performativa o incluso a su capacidad de ejecución. Es decir, que únicamente es un performativo que al ser pronunciado pretende que *algo* se haga, suceda y exista. Hay que decir que el performativo sustituye la relación denotativa entre palabra y hecho por una relación autorreferencial (Agamben 2010c). Entonces, el imperativo no se refiere denotativamente al mundo, no describe ni enuncia un estado de las cosas, únicamente se limita a ordenar y exigir la acción del otro. El imperativo es ajeno a las condiciones de la existencia, pues la orden no dice nada de nadie, no describe el estado de cosas y no se refiere a algo que es, a algo que *existe*, sino que más bien implica un *deber* que se mantiene ajeno a las condiciones cotidianas de aplicación de ésta y se limita a exigir la obediencia que se traduce en las acciones de los otros. Entonces, la orden no se mide con parámetros lógicos y objetivos, sino que se vincula performativamente a la verdad de la propia afirmación; es decir, que como un acto lingüístico no describe un estado de las cosas, sino que al ser pronunciada y *dada* la orden produce un hecho y así realiza su significado.

Esto, por ejemplo, se puede ver en la caracterización que hace, desde la fenomenología, Recasens (1942), acerca del *mandato*, pues afirma que es un acto interhumano que supone una dualidad entre quien manda y el (los que) han de obedecer. Pero principalmente encontramos la coincidencia en el hecho de que el mandato sólo requiere que el destinatario entienda lo que se le ordena; aunque afirma que el mandato no es una declaración sobre un acontecimiento externo o sobre una cosa ni tampoco es pura confidencia, sino que exclusivamente comunica lo que el mandante quiere. Es, en todo caso, la expresión de que el mandado ajuste su voluntad a la voluntad del mandante. Y para esto no es necesario que el mandato explique sus razones o se ajuste a algo que es, que existe, sino que únicamente, desde la visión de este autor, se requiere de la “base del mandato”, es decir de un



asiento –que puede ser de diversa índole- que permita el reconocimiento tanto del mandante como del mandado de la superioridad del primero y la supeditación del segundo. Canetti (2000) también observaba esto, pues -para éste- la orden provoca una acción determinada, pero no admite réplica, ni debe ser discutida, explicada o puesta en duda. Es factible, siguiendo a Derrida, decir que el imperativo también es una “explicación” de la desigualdad:

Dios no da sus razones, actúa como le parece, no tiene por qué dar razones ni por qué compartir nada con nosotros: ni sus motivaciones, si las tiene, ni sus deliberaciones, ni tampoco sus decisiones. De otro modo no sería Dios, no tendríamos que habérselas con el Otro como Dios o con Dios como *radicalmente otro*. Si el otro compartiese con nosotros sus razones explicándonoslas, si nos hablara todo el tiempo sin secreto alguno, no sería el otro, estaríamos en un elemento de homogeneidad: en la homología, incluso en lo monológico. No hablamos ni con Dios ni a Dios, no hablamos con Dios ni a Dios como hablamos con los hombres o a nuestros semejantes (Derrida 2006, 69).

### **Lo no apofántico: obedecer por fe**

En *Temor y temblor* Kierkegaard (2015) al hablar acerca del absurdo, con base en el mandato que Dios hizo a Abraham de inmolar a Isaac, su hijo, se describe como una creencia por fe, en la que se abandona la razón y no caben las humanas conjeturas. No se trata de entender a Dios, sólo se obedece su mandato. Es así que podemos decir que el mandato absurdo ocurre cuando la capacidad fundamentalmente humana de *pensar* en la que se puede emitir un juicio es clausurada por el deber a seguir un imperativo; es así que quien obedece de esta manera es incapaz de observar su responsabilidad e, incluso peor, cometer actos atroces de manera banal.

Esta ontología del imperativo nos pone frente al hecho de que las órdenes deben ser creídas sin ser comprendidas e interpretadas, sino que únicamente deben ser obedecidas y, en definitiva, implican una relación de sumisión ante el poder y al orden instituido. También se desresponsabiliza porque no se puede

evaluar si el contenido del mandato es verdadero o no, pues no se ajusta a la realidad y no se puede comprobar en la realidad. Con esto se cancela la posibilidad de saber por sí mismo y el camino que queda es obedecer por fe, pues si la orden estuviera en el orden de lo apofántico ésta se podría refutar al comprobar su veracidad o falsedad. En cambio, al pertenecer a lo no apofántico, se obedece por fe, por la confianza y crédito que se tienen en la autoridad. Como dice Agamben: “Comprender el objeto de la fe significa comprender una experiencia del lenguaje en la cual, como en el juramento, lo que se dice es necesariamente verdadero y existe” (2010c, 82-83).

Así podemos entender la relación de la orden con el “empeño salvífico”, pues toda orden se legitima porque se da en el nombre de un exterior, un fin, una divinidad, un título, una ley; es decir, por una autoridad. La orden no puede ser entonces verificada. En toda orden está la confianza en la autoridad. La práctica biomédica así cobra forma similar al de la religión o a la magia, que para funcionar no describe el estado de las cosas ni comunica nada, simplemente requiere de no ser cuestionada ni puesta en entredicho, pues tal como Lyotard (1999) reconoce acerca de las prescripciones, éstas se sustentan en la pretensión de fundar el bien o lo justo en lo *verdadero* o lo que *debe ser* en lo que *es*. Cabe decir, que sin necesidad de comprobar si esto es así. Es decir, que las órdenes dadas se fundan sobre la pretensión de que la autoridad emite mandamientos buenos, justos y efectivos, a pesar de que no se puedan comprobar, ni asegurar su veracidad, efectividad y realización. Tal como Canetti reconoce: “La acción derivada de la orden es percibida como algo *ajeno*. Proviene de afuera, quien ordena no lo hace a nombre propio sino de una exterioridad. Lo que exigen de los otros les ha sido encargado; creen que son enviados” (2000, 356). Este es el caso de la orden médica, en la que sus representantes, los médicos, los *portadores de la orden*, expresan un mandato que se encuentra totalmente legitimado en las sociedades actuales y es incuestionable, pues la biomedicina en las sociedades biopolitizadas ofrece la promesa de alcanzar la *salud* y erradicar la enfermedad; en tanto, el paciente actúa como un hombre de fe, pues no sigue la orden desde un saber y debe hacerlo sin dudar. Tal como apunta Žižek (1992), no se cree en la orden

porque se comprueba que es buena y justa, sino que sólo en la medida que ya se cree previamente se revelan las razones que pueden justificar nuestra creencia y obediencia al mandato. De la misma forma que Abraham -al decir de Derrida-, el *paciente*, actúa sin saber y sin que le domine la duda. El no-saber no suspende en absoluto su propia decisión. Como un caballero de fe no debe dudar: “Se hace cargo de su responsabilidad dirigiéndose hacia la petición absoluta [el mandato], más allá del saber. Decide, pero su decisión absoluta no está guiada o controlada por un saber” (Derrida 2006, 89). ¿El *paciente* actúa y lleva a cabo la atención a sus padecimientos por la prescripción del médico desde el secreto de la biomedicina, desde un no-saber, como un *caballero de fe*?

### **El mandato como objeto**

Para finalizar, el mandato aquí no es entendido como una relación de dominación en la cual -como Weber (2012; 1964) señala-, una voluntad manifiesta (“mandato”) del “dominador” o de los “dominadores” influye sobre los actos del o de los otros (del “dominado”), de tal suerte que en un grado socialmente relevante estos actos tienen lugar *como si* los dominados hubieran adoptado por sí mismos y como máxima de su obrar el contenido del mandato (obediencia). De la misma manera, nos alejamos de entender al mandato como una relación de opresión social -como propone Weil (2016)- donde quienes la sufren llegan al punto del aplastamiento físico y moral. Esto reduciría la comprensión a la relación jurídica entre el médico, quien detentaría el poder, y el paciente, quien al no actuar de acuerdo al mandato sería considerado como una desviación de la norma, por lo que simplemente tomaría como objeto de estudio la obediencia, la legitimidad del mandante, la asimetría en la relación médico-paciente, entre otras; como ha sido el caso de los estudios centrados en la relación médico-paciente. Con el análisis del mandato como técnica de gobierno no estamos en la dimensión de voluntad y en la obediencia, ni en la dominación (que supondría el grado cero de gobierno, pues anularía la libertad del sujeto), sino que se permite reconocer al sujeto libre, activo, capaz de resistir o ajustarse y trabajar sobre sí en un entorno situado política, económica, social y culturalmente hablando.

De la misma forma, al adoptar la racionalidad gubernamental, nos apartamos de las definiciones del mandato que lo entienden desde la perspectiva de la imposición de una voluntad sobre otra (Recasens, 1942; Agamben, 2012), las que implican una perspectiva trascendental (Ortega y Gasset 2016), las que lo suponen únicamente como una estructura social (Segato 2003; 2018) o como imperativo categórico (Kant 2017b). Todas ellas giran de manera explícita o implícita en la obediencia. En cambio, el mandato aquí es entendido como una relación de conflicto donde la desobediencia no es una anormalidad y tampoco es necesariamente negativa. Como resultado es preciso ubicar el mandato en una relación de gobierno en la que la libertad como condición de posibilidad de la crítica, resistencia, las contraconductas y las prácticas de desobediencia (ya sean como subjetivaciones políticas o como meras formas de convivir con el poder) cobren relevancia. Con esto, también diferenciamos al mandato de una relación de violencia o dominación. Foucault (1999; 2008; 1988) reconoce que la categoría de poder es más amplia y compleja que la de dominación; mientras que las técnicas de gobierno son el medio que permiten ejercer el poder, pero sin usar la violencia. En esto coinciden varios autores quienes elaboran una distinción entre poder/mandato y violencia (Han 2016; 2016b; Marramao 2013; Milgram 2016; Recasens 1942; Ortega y Gasset 2016) (Arendt 2015; 2020). Gobernar, en este caso, supone un medio más eficaz que la dominación, pues ésta última -según refiere Foucault- “no es más que una relación de poder en crisis, cuando no puede hacerse otra cosa que ejercerla” (M. Foucault 2016, 132). Sólo cabe señalar que el mandato como objeto de este estudio es una tecnología de gobierno por cuanto analiza la articulación entre la forma en que los individuos son conducidos y la manera en la que ellos mismos se conducen; es un orden sensible, debido a que se interesa por revisar la verificación de la igualdad y los repartos que operan en el dispositivo biomédico; y se expresa en forma de imperativo debido a que no corresponde a la realidad y, como tal, no considera las condicionantes y las formas de vida de las personas. Con esta articulación teórica es posible comprender la aprehensión del mandato desde una perspectiva procesual.

## CAPÍTULO 2. DE LA PERSPECTIVA PROCESUAL A LA METODOLOGÍA

La atención a los padecimientos está tejida de subjetividades actuantes y es una singularidad en situación; los lugares en los que acontece son variables y en continuo desplazamiento; y es dependiente del acontecimiento que afecta a la persona mayor y a la familia. La atención como evento y como proceso implica que una es la interfaz de la otra. En cuanto proceso es relación y como evento, actos contingentes capaces de generar decisiones, elecciones definitorias y rupturas que generan coyunturas. Es así que en este trabajo se consideran relevantes las aportaciones de Wolf, cuando señala que “la humanidad constituye un total de procesos múltiples interconectados y que en los *empeños*<sup>31</sup> por descomponer en sus partes esta totalidad, [es]que luego no pueden rearmarla, [y] falsean la realidad” (Wolf 2005, 15). Por esta razón han cobrado relevancia las afirmaciones de Castoriadis (2013), quien reconoce que *los dominios de la actividad social no son en verdad separables*. Estos dominios -según refiere-, no son aspectos abstractos y es por esta razón por lo que estos sitios y categorías sólo existen a partir, y en función, de una institución histórico- social particular. Es así -supone- que, si el teórico distingue los distintos aspectos en ciertas sociedades, a pesar de que ellas mismas no las distinguieran, se debe al hecho de que la sociedad en la cual vive ha instituido, en su realidad, la diferenciación de las categorías.

Ante las interrogantes de este trabajo, en la que la diversidad de dimensiones puede parecer difícil de conciliar (pero todas ellas resultan necesarias) y de una u otra forma se han hecho presentes, para comprender la atención a las personas mayores, se ha buscado plantear una elaboración teórico-metodológica para reconocerlas como un entramado dinámico en el que están en continua interacción. Por tanto, se plantea un trabajo de investigación que permita reconocer las relaciones, sus dinámicas y formas de articulación de los diversos sectores en juego, pues como plantea Menéndez: “La mayoría de los procesos que vimos son

---

31 Cursivas en el original.

complejos, contradictorios y ambivalentes, y que pese a ello gran parte de nuestras explicaciones suelen ser simplificadoras [...] y lo más grave es que pensamos la realidad en términos unilineales, manifiestos y arrelacionales” (2018, 112).

En este marco se ofrece un análisis procesual de la atención que tiene coincidencias con el enfoque propuesto por Wolf<sup>32</sup> (2005), debido a que -como propone este antropólogo- no se puede entender a la sociedad mientras no aprendamos a visualizarlas en sus interrelaciones e interdependencias mutuas, en el tiempo y el espacio. De esta manera se ha buscado plantear el hecho de que las personas, arrastradas hacia la órbita de la racionalidad gubernamental neoliberal con dispositivos biopolíticos y ordenamientos sensibles desiguales, ordenan y reordenan las significaciones que le dan sentido a sus prácticas de atención de acuerdo a las oportunidades y exigencias de esta condición. Con ello no sólo nos fijamos en la experiencia o significado del padecimiento, ni únicamente en las condiciones culturales; sino que se permite articular los procesos s/e/a con las fuerzas políticas y racionalidades que actualmente condicionan los procesos de atención. El análisis procesual busca relacionar empíricamente dimensiones que generalmente son separadas y que tienen como principal anclaje la vida cotidiana de las personas. Se basa en el supuesto de que los problemas estudiados no son substancias, ahistóricas, homogéneas y estables; por lo contrario, son conflictuales, fluctuantes, cambiantes, inciertos y acontecimientales.

### **El proceso**

El proceso entonces es entendido como “un conjunto de relaciones temporal y espacialmente cambiantes y cambiables, o de relación entre conjuntos de relaciones” (Wolf 2005, 19). Hay que advertir que el proceso no implica pensar la arquitectura de un todo con sus partes que conforme al hecho serán especificadas sustantivamente y en las que las funciones y lugares definidos dan una idea de

---

32 Hay que decir que en este trabajo no adoptamos los criterios *marxianos* como lo hace Wolf (2005). Para este autor, el término “marxiano” refiere a las variantes, de la tradición marxiana, que abarcan la diversidad de pensamiento y políticas, algunas de las cuales son intelectualmente más ricas que las ortodoxias que predominan en el ámbito político.

funcionalidad al sistema. Es una disposición compleja que mantiene unida la multiplicidad, pero no es sistemática sino operacional; es decir, que da lugar a composiciones y unificaciones parciales, temporales y acontecimentales. Por ello, cada uno de los elementos no deben ser considerados como determinantes unos de otros, sino que deben ser analizados como una red dinámica de relaciones en lugar de entidades autónomas, externas e independientes. El proceso debe ser imaginado como una especie de red cambiante, en flujo constante, en el que los elementos no mantienen una relación, necesariamente, cordial o funcional, sino que constantemente entran en conflicto y cobran mayor relevancia en diferentes momentos y es de esta forma que la *relación y afectación* mutua cobra relevancia. En consecuencia, se debe, a través del análisis procesual, observar los elementos significativos que operan en estos procesos y sus relaciones en un momento histórico dado y en su desarrollo en temporalidades definidas. Lo que se quiere decir es que en un campo problemático se observa la red de relaciones que se inserta en la superficie de las interacciones cotidianas.

Es en función de los distintos términos entre los cuales se desarrolla la atención a los padecimientos crónicos que ésta debe ser comprendida. Entonces, al ser la relación lo que se comprende, el análisis se estructura en torno al campo de las tensiones y juegos, a lo largo de la trayectoria de atención, de los diferentes registros implicados, siendo estos la sustancia misma del proceso de atención por lo que metodológicamente se priorizan las relaciones sobre las dicotomías. De acuerdo a nuestra propuesta hay algunas dimensiones a considerar que se exponen a continuación.

### **Subjetividad**

La primera de ellas es que la investigación gira en torno a la subjetividad. Esto nos permite entender que la atención no se limita a prácticas determinadas por lo social y lo cultural que, desde la exterioridad, determinan las prácticas de atención. Tampoco debe ser entendida desde la agencia del individuo como si no existieran una serie de instituciones y condiciones históricas que ciñen su actuar y, mucho

menos, desde el particularismo subjetivo de un individuo aislado como si fuese un hecho solipsista. En otras palabras, no se considera que exista un determinismo, social o psíquico, que de manera exclusiva e independiente tenga la potencia de dictar autónomamente los saberes en el proceso de atención ni las tácticas que articulan los sujetos ante la orden biomédica. La subjetividad es entendida -de acuerdo con González (2000)- como un sistema complejo de significaciones y sentidos producidos en la vida cultural humana. La subjetividad individual es determinada socialmente en un proceso de constitución que integra de forma simultánea la subjetividad social e individual. “El individuo es un elemento constituyente de la subjetividad social y simultáneamente, éste se constituye en ella” (González 2000, 24). En otras palabras:

Considero la subjetividad como el sistema de significaciones y sentidos subjetivos en que se organiza la vida psíquica del sujeto y de la sociedad, por tanto, la subjetividad no es una organización intrapsíquica que se agota en el individuo, sino un sistema abierto y en progreso que caracteriza también la constitución de los procesos sociales [...] (González 2000: VI).

Cabe advertir que la narrativa del padecer, al ser una construcción subjetiva, da cuenta no sólo de la dimensión psicológica del sujeto sino de las dinámicas sociales. Por tanto, las dinámicas narrativas no pueden ser divorciadas de las dinámicas sociales. Para Feldman (1991), la polarización entre la narrativa, los textos, el *self* y los eventos no puede sostenerse. Este antropólogo afirma que el *self* que narra habla desde la posición de haber sido editado y narrado por otros, tanto por instituciones políticas, conceptos de causalidad histórica y posiblemente por la violencia. Feldman afirma que el narrador habla porque es el receptor de las narrativas en las cuales ha sido insertado como un sujeto político; se escribe a sí mismo dentro de una historia oral porque ha sido escrito y sujetado a inscripciones de poder.



## **La interrelación multidimensional y heterogénea**

Menéndez (2002) reconoce que en las investigaciones sobre el proceso s/e/a han dominado las perspectivas que se centran en la estructura social o en el orden simbólico excluyéndose mutuamente. De esta manera refiere que no se trata de cuestionar los estructuralismos, pero tampoco centrar únicamente el análisis en las estructuras de sentido soslayando la comprensión de lo social. Roseberry (2014), por ejemplo, refiere que el centramiento en la acción significativa (el significado cultural) es importante porque los actores sociales y políticos, y sus acciones, se forman en parte por las interpretaciones que realizan; sin embargo, es inadecuada porque no presta suficiente atención a la diferenciación cultural, a las desigualdades sociales y políticas y a la formación histórica de sujetos dentro de procesos de desarrollo desigual. Reconoce que, si bien el poder es moldeado por el significado, el significado también es profundamente moldeado por el poder. Foucault (2009; 2016; 1997), por su parte, reconoce, que se ha distanciado del enfoque fenomenológico porque tiende al sentido de sujetos individuales sin considerar las coyunturas políticas obviando los mecanismos de formación de la significación y las estructuras de los sistemas de sentido.

Habría que puntualizar que es importante relacionar en esta perspectiva los procesos históricos y políticos con las dimensiones micro de lo cotidiano. Lahire (2006), quien reflexiona acerca del constructivismo sociológico, advierte que en el trabajo de investigación existe una tendencia acrítica, hiperrelativista, antirrealista y antiobjetivista basada en la reducción del mundo social a su dimensión simbólica y, con ello, a “simples creencias” o “simples representaciones” que los actores hacen del mundo social. Para este autor, el constructivismo sociológico es necesario para desnaturalizar y tomar distancia de las categorías; pero supone que no es suficiente, sino que es preciso reconocer que tienen historia y condiciones de posibilidad. Es así que no se puede pensar a las significaciones como entes autónomos y desligados de sus condiciones materiales e históricas, pues si bien le dan sentido también se ven afectadas por éstas. Por ello nos preguntamos, ¿alcanza con la dimensión de las significaciones y las prácticas para entender el campo

problemático? Obviamente no podemos centrarnos únicamente en este registro, pues como apunta Singer (1989; 1990), los estudios centrados en una perspectiva socio política tienden a “despersonalizar” al sujeto enfocándose en el análisis de los sistemas sociales y soslayando el contenido existencial y particular de enfermar, del sufrimiento y la curación como experiencias y eventos vividos. Pero también reconoce que es necesario un acercamiento que, por principio, registre que la experiencia de enfermar se encuentra entre categorías de significado socialmente construidas y fuerzas político-económicas que modelan la vida cotidiana.

El cuestionamiento gira en torno a la posibilidad de entender las estructuras que explican las cosas y la comprensión de los contenidos subjetivos de la enfermedad y su atención como eventos vividos. Pues como Singer señala, entre los niveles micro y macro, ninguno es visto como el nivel esencial de la realidad social, por lo que la antropología crítica reconoce que el micronivel está incrustado dentro del macronivel, mientras que en el macronivel encarna la dimensión micro, pero no es reducible a éste. Y advierte que empíricamente no existe una separación, sólo a nivel heurístico se elabora una división para analizar la conexión entre una configuración particular y el proceso general (Singer 1990, 181).

Entonces, es preciso no perder de vista el carácter dinámico entre en una dimensión microsociedad, al observar la atención en los espacios domésticos, en relación con macroprocesos históricos, económicos y políticos. Es decir, que se debe reconocer la realidad de la experiencia de los sujetos y de su permeabilidad al poder, aunque también se admite la singularidad de cada una. Es así que la perspectiva procesual plantea la necesidad de entretejer la multidimensionalidad y la heterogeneidad que se manifiesta en la atención. Como Stewart y Strathern (2008) plantean, el enfoque analítico procesual vincula los microprocesos con temas históricos más amplios. En esta perspectiva las ideas y prácticas no sólo se consideran como un conjunto de símbolos culturales que expresan una forma de ver el mundo o una subjetividad individual. La subjetividad debe ser entonces comprendida como las significaciones y sentidos que invisten las acciones y que surgen en relación con las circunstancias históricas que las alimentan. Es así que

la *aprehensión* es la vía para comprender la relación entre las racionalidades políticas y las tecnologías de gobierno correspondientes, así como los órdenes sensibles, con los procesos cotidianos y las experiencias de los sujetos con el padecimiento.

### **El saber**

Esta perspectiva no se centra únicamente en el saber dominante ni en el saber popular, sino en su relación. Como Menéndez precisa (2018; 2003) existe cierta tendencia en los estudios antropológicos a centrarse en los modelos de atención tradicional y en la exclusión de los saberes biomédicos, con lo que se ignora el creciente papel directo e indirecto que tiene la biomedicina en los procesos sociales, culturales, económicos y políticos actuales; por otra parte, el sector salud considera los diversos modelos de atención existentes de forma aislada y antagónica en lugar de observar la transacción entre saberes. En los procesos de atención, no sólo se incluyen los actos de los sujetos y sus microgrupos sino que hay diferentes curadores implicados (Menéndez 2018). Hay una continua relación entre diferentes formas de atención. Analizar desde el proceso permite, por ejemplo, atender los cambios, las incursiones y las relaciones entre saberes y modelos de atención. Aquí cabe el siguiente señalamiento:

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organiza profesionalmente (Menéndez 1994, 71).

Por ello, en la atención los saberes y modelos de atención son estudiados en sus encuentros y desencuentros, en sus oposiciones y coincidencias, en su contacto y conexiones, en sus vínculos e interconexiones; en la forma en que se cristaliza en la atención cotidiana al padecer crónico.

Aquí resulta necesario hacer una distinción entre conocimiento y saber. Tal como lo señala Lyotard (2012), el saber no se reduce a la ciencia ni al conocimiento.

Para este autor, el conocimiento es un conjunto de enunciados denotativos que describen objetos. Corresponderían a las proposiciones que pueden ser clasificadas de falsas o verdaderas. La ciencia sería un subconjunto de conocimientos, también conformada por enunciados denotativos que requieren de dos condiciones para su aceptabilidad: que los objetos a los que se refiere sean accesibles de manera recurrente y, por tanto, en las condiciones de observación explícitas; y, en segundo lugar, que se pueda decidir si cada uno de estos enunciados pertenece al lenguaje considerado como pertinente por los expertos.

En cambio, el saber no se comprende solamente ni se podría reducir al conjunto de enunciados denotativos. Se mezclan en el saber las ideas de saber-hacer, saber-vivir, de saber-oír y, en el específico caso de esta investigación, saber-atender. Pero el saber no es necesariamente homogéneo ni común. El saber es lo que permite a cada uno ser capaz de actuar. Es decir, el saber coincide con una formación amplia de competencias que es admitida, pues se inscribe en los criterios pertinentes en el medio constituido por los interlocutores del "sabiente". Estas formas de "saber hacer" cotidianas implican "una manera de pensar investida de una manera de actuar" (De Certau 1996, XLV). En nuestro caso resulta preciso atender no sólo a las prácticas sino a las significaciones sociales que le dan sentido y son desarrolladas por las personas mayores, y sus familias, en la atención a los padecimientos crónicos. Es así que la atención es considerada no sólo como un *hacer*, como una práctica sin articulaciones simbólicas, sino que este hacer ha sido instituido socialmente y cobra sentido a través de una serie de significaciones sociales, que comprenden, no sólo las formas de actuar, sino un cierto tipo de relaciones, de pensamientos y de entendimiento de los procesos salud/enfermedad/atención.

Los saberes son entendidos como las prácticas y significaciones -los cuales surgen en la relación con los diferentes modelos de atención y curadores- que los sujetos y sus microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, en su caso curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios sin la necesaria intervención de otros

curadores. Entonces, como sugiere Menéndez (2018), tenemos que ver en la cotidianidad de la vida de los sujetos y sus microgrupos cómo permanecen, desaparecen y cambian las representaciones y prácticas sociales; y cómo esos cambios se desarrollan a partir de los recursos de los sujetos, sintetizados en los procesos de atención.

## **El padecer**

Antes de continuar hay que decir que el sistema epistémico del conocimiento biomédico en la modernidad ha definido a la enfermedad como una entidad objetiva y, por tanto, se mantiene ajena tanto a las condiciones subjetivas como sociales de la enfermedad y su atención, y sólo se interesa por la enfermedad como una condición, o anomalía, anatomofisiológica distribuida en definiciones patológicas. No se interesa por el significado, ni la subjetividad subyacente en el padecimiento, sino que su terapéutica se centra en la enfermedad como una entidad definida clínicamente. Es por ello que desde este trabajo los padecimientos no se reducen a entidades nosológicas, sino que recuperando la propuesta de Allan Young (1982), se considera a la enfermedad como una construcción que implica dimensiones más amplias que la fisiológica y se señalan tres dimensiones: la de la enfermedad (*disease*) como un estado patológico y objetivo; el padecimiento (*illness*) como la experiencia y percepción subjetiva; y el malestar (*sickness*) como el proceso a través del cual los comportamientos preocupantes y signos biológicos tienen significados sociales reconocibles (Young, 1982). Con base en esto, hay que señalar que nuestra propuesta se enfoca en la relación y oposición entre la enfermedad, y sus marcos explicativos y de atención, como un estado objetivo, y la dimensión del *padecimiento*, en otras palabras, en la experiencia subjetiva de enfermar y el conjunto de significaciones que tiene el enfermar y sus determinaciones en el contexto social, histórico y político. En este caso interesan los estados de malestar que los propios ancianos experimentan subjetivamente, junto a las significaciones sociales que dan sentido a las elecciones y a la institucionalización de un modo de atender estos padecimientos crónicos, así como

las condicionantes socioeconómicas que intervienen en el proceso de atención. Tal como Menéndez señala:

Los padecimientos constituyen uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos, dado que [...] los actores/sociedad necesitan entender, explicar, manejar los procesos que amenazan/interfieren su vida cotidiana, y que involucra otras áreas de la realidad social cuyas características también pueden ser expresadas a través del proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez 2002, 311)

Por ello, a diferencia del criterio binario, usado por la epidemiología y la clínica médica, asentado en la distinción entre la enfermedad aguda/transmisible y la crónica/no-transmisible, el padecer crónico se refiere al “proceso sociocultural y subjetivo que se construye a partir de que un sujeto se encuentra en la situación de vivir cotidianamente, de manera prolongada o permanente con un daño, enfermedad, disfunción o discapacidad definida como “crónica”” (Osorio 2008, 158) que puede implicar dolor y sufrimiento; que puede incluir intervalos de malestar y exacerbación de los síntomas con estados de remisión de estos; y en el que los comportamientos preocupantes y signos biológicos tienen significados sociales reconocibles.

### **Los espacios y las familias**

Por otra parte hay que reconocer que a pesar de la hegemonía biomédica es necesario reconocer la experiencia del padecer en las personas mayores y así dar cuenta de que siempre existen grietas en el *hacer* a través de prácticas contrahegemónicas y espacios intersticiales, por ejemplo, el doméstico, en donde el orden biomédico se ve trastocado y puesto en duda; en otras palabras, que sirven como espacios políticos en los que otros saberes y sujetos pueden presentarse como *antagónicos* a la biomedicina.

Es preciso trabajar en los espacios y con los sujetos donde es posible encontrar las relaciones y las dinámicas. En este caso, los llamamos “espacios intersticiales”, pues son lugares donde los poderes y saberes entran en una relación

y acontecen las conformaciones. Uno de estos es el espacio doméstico que es el lugar donde se desarrolla este trabajo.

El espacio doméstico es el lugar principal en el que las familias desarrollan su actividad de atención y cuidado a los padecimientos; es el lugar donde se buscan las soluciones, emergen las decisiones y acciones (Menéndez, 2018; Osorio, 2001). Cabe advertir que este lugar no es un espacio cerrado ni de encierro; contrariamente, es un lugar de flujos entrantes y salientes (De Certeau y Girard 2000, 150), es un lugar de paso de una circulación continua, donde se cruzan los diversos saberes, sujetos, objetos, palabras, ideas, recomendaciones, etc. En tanto que la familia es una dimensión relacional significativa para comprender la atención a la salud, pues ha sido a través de ésta que es posible encontrar un punto de articulación entre esas dimensiones globales del gobierno de las poblaciones con las de control enfocadas al individuo (en especial la medicalización) (Foucault, 2006b; 2005; 2001; 2000; 2012b; Ariès, 2000; Noretto, 2018). El resultado es que la familia ha adquirido un papel esencial para el control, cuidado y administración de los sujetos y sus vidas al ser la institución bisagra entre las necesidades de regulación globales y el disciplinamiento de los sujetos en el espacio doméstico. De tal manera que resulta imprescindible, en el enfoque procesual, reconocer los escenarios donde confluyen las prácticas, significaciones sociales de la atención y las condiciones materiales, por lo cual es preciso abrir esta región posterior donde las redes familiares organizan y estructuran la atención al adulto mayor; pero, también, donde la vigilancia y control del poder actúan, pero, a la vez, son puestos en entredicho.

Es entonces que el acercamiento al espacio doméstico urbano puede ofrecer aportes importantes al cambiar la aproximación del tema, que típicamente ha estado centrada en el modelo de atención biomédico, y dirigir el enfoque a la comprensión de las relaciones que surgen en las prácticas cotidianas de atención a los adultos mayores en el espacio doméstico. En este lugar, como señalan De Certeau y Girard (2000), se distribuyen las diferentes acciones diarias (comida, aseo, recepción, conversación, estudio, entretenimiento, descanso) y todo ello ya compone un relato,

aun antes de que se haya pronunciado alguna palabra. Es, como señalan estos mismos autores, “al mismo tiempo el decorado y el teatro de las operaciones” (2000,148). Es el territorio personal y privado donde se inventan “maneras de hacer” que adquieren un valor definitorio. De tal forma que podemos atender cómo los sujetos *hacen* y significan ese hacer dentro de sus procesos de atención.

### **Los actores significativos**

Lo dominante en los procesos s/e/a ha sido la existencia de puntos de vista diferenciales no sólo entre enfermos y personal de salud, sino entre los diferentes sujetos y grupos de enfermos (Menéndez 2002). En cambio, en este estudio, se parte del hecho de que en todo proceso hay más de un actor significativo. Es de esta manera que se busca, en lo posible, relacionar las diferentes perspectivas que tienen del campo problemático estudiado. Como Menéndez (2002) va a referir, se debe reconocer que frente a cualquier problemática debemos asumir que el actor que “estudiamos” tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de lo dicho por éste mismo y no por lo que dicen los otros. Por ello se deben incluir los actores significativos que a través de las articulaciones nos permiten comprender el proceso estudiado. Es así que -como apunta Menéndez (2002)- si bien los significados del sujeto son relevantes, es preciso reconocer que la explicación no se reduce a las interpretaciones del sujeto enfermo. Una cuestión es reconocer la tendencia de la biomedicina a no tomar en cuenta el punto de vista del paciente o a medicalizarlo, y otra colocar en los significados del sujeto y su grupo la exclusiva comprensión del problema. Lo central -afirma este antropólogo- es reconocer la existencia de dos puntos de vista diferenciados respecto no sólo del padecer, sino del sujeto enfermo; por tanto, habrá que recuperar ambas perspectivas.

Pero no se puede dejar de lado el hecho de que, como Singer (1990) recomienda, las relaciones, por ejemplo, la del médico-paciente, no pueden ser pensadas únicamente como un sistema diádico internamente balanceado y automantenido con sistemas recíprocos; en cambio, habría que entender que estas



relaciones se estructuran en un amplio campo de relaciones de poder que no siempre son visibles. Por ello, se parte del supuesto -con base en la propuesta de Menéndez (2002)- de que las desigualdades y las diferencias no sólo deben ser referidas a los grandes conjuntos sociales (como la clase), sino a los niveles diádicos y microgrupales y/o comunitarios. La realidad se debería pensar a través de niveles articulados. Desde esta perspectiva la relación médico-paciente puede ser analizada a nivel microsociológico y técnico, pero además puede ser referida a las múltiples dimensiones que intervienen en esta relación a través de la etnicidad, del género o de la clase social, así como a niveles macrosociológicos. La dimensión y el nivel dependen del problema seleccionado reconociendo que ninguna agota la comprensión.

En síntesis, la descripción y análisis de un problema determinado [...] implicaría incluir las condiciones de desigualdad y diferencias que operan en términos relacionales dentro de un campo determinado, tomando en cuenta las características "propias" de cada actor, pero, sobre todo, centrándonos en el proceso relacional que se da entre los diferentes actores sociales, dado que el proceso relacional constituye una realidad diferente de la obtenida de la descripción y el análisis de cada uno de los actores entre sí, quienes, por otra parte, no pueden ser entendidos en lo que están siendo/haciendo si no los referimos a las relaciones establecidas con otros actores significativos (Menéndez 2002, 313-314)

## **La complejidad**

En resumen, el proceso de atención se construye como una compleja red de elementos que están en una constante dinámica de continuidades y discontinuidades a lo largo de la trayectoria del padecimiento, por lo que hace factible reconocer las relaciones y formas de articulación del mandato biomédico con los diversos sectores en juego. A través de esta comprensión *procesual* de la atención es posible observar la incrustación de la biomedicina a procesos más complejos y profundos. Es así que se debe reconocer que en el mismo campo problemático existirán distintas perspectivas de comprensión y explicativas; hecho

que nos obliga a suscribir el planteamiento de la *complejidad* sobre el de la *completud*, debido, en parte, a que esta última puede traer consigo una serie de confusiones al ser entendida como la pretensión de explicar la “esencia” de un hecho social (como si cada fenómeno tuviera un *concepto* que le permite ser un ejemplo particular de un *concepto universal*), siendo que no es la intención de este trabajo suponer que es posible afirmar una verdad universal que soslaye las particularidades con respecto al tema de la investigación; y por otro lado, como señala Morin:

[...] uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia. Pero implica también, por principio, el reconocimiento de los lazos entre las entidades que nuestro pensamiento debe necesariamente distinguir, pero no aislar entre sí [...] el pensamiento complejo está animado por una tensión permanente entre las aspiraciones a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento (Morin 2007, 22).

Llegados aquí el planteamiento constructivista de García (2000) resulta fundamental, pues permite afirmar la relevancia de la dimensión compleja al reconocer la importancia de comprender el campo de estudio como un *proceso* situado histórica y culturalmente. García señala que la adopción de la dimensión de lo complejo tiene dos implicaciones: la primera, que resulta fundamental desde esta perspectiva, es que los elementos que se van identificando para construir el complejo no son estáticos porque el contexto social está formado por sistemas de relaciones cambiantes, de tal manera que la comprensión no tiene como resultado la descripción de estados, sino de procesos (García 2000, 40). Por lo que la perspectiva procesual permite hacer asequible la serie de sucesos y acontecimientos a través de los que la persona mayor con padecimientos pasa al vivir y tener que atender la enfermedad. Así se rompe con la perspectiva anquilosada que fija su atención en una terapéutica inmóvil y, por el contrario, se evidencia la heterogeneidad y dinámica de los procesos de atención.

En segundo lugar, al ubicar la complejidad dentro de un contexto social es necesario reconocer que el contexto está cultural e históricamente condicionado. En efecto, el análisis consistirá en establecer los cambios a través de secuencias de cortes temporales críticos, ya sea individual o socialmente (García 2000, 41). Por tanto, el enfoque de proceso permite ampliar las miradas que se quedan instauradas en un solo momento de la trayectoria del padecimiento y no se cuestionan ni por las relaciones, ni cómo se construyen las “creencias, actitudes y experiencias” de enfermar y atender el padecimiento.

Hay que decir entonces que el proceso nunca es un *estado* que pueda considerarse definitivamente acabado, por el contrario, siempre está en curso. En consecuencia, el planteamiento problemático de la investigación, al considerar al campo de estudio al proceso de atención, lo entiende como un entramado en el que ésta se hace posible. La perspectiva metodológica debe suponer que esta relación es un tejido, por lo que la estrategia debe apuntar a comprender cómo es la asociación entre estos diversos componentes heterogéneos a través del tiempo. La apuesta del proceso es mostrar el acoplamiento y las conexiones que instituyen las formas de atención. De la misma forma, hay que señalar que al observar la red de relaciones que conforman las condiciones de ocurrencia del fenómeno no se trata de encontrar la causalidad o enfoque explicativo; de lo que se trata es de comprender la efectualidad y el desarrollo. No se pretende en ningún momento hacer valer los términos heterogéneos en un elemento homogéneo que promete su resolución en una unidad o sistema equilibrado y estático. Este planteamiento es el derrotero para considerar que el proceso implica la comprensión de las interconexiones que se desarrollan dinámicamente en un campo de continuidades/discontinuidades y contingencias que experimenta el sujeto. Esta red es dinámica, con períodos de impasse y otros donde las hebras son más evidentes por su confrontación o capacidad determinante. La interacción de estas hebras no es homogénea; contrariamente, se encuentran en tensión y en ciertos momentos pueden resultar mayormente determinante alguna, lo que no significa que las otras desaparezcan. Esta red de hebras obliga a reconocer la necesidad de un trabajo interdisciplinario, pues resulta imposible poder comprender el proceso parado desde

una sola atalaya. Entonces se ha planteado al *proceso de atención* como el elemento transversal a la investigación.

### **La atención como proceso**

Entonces, la “atención”, como es entendida en este trabajo, es resultado de la relación de indeterminación entre la salud y la enfermedad; es decir, que emerge en ese constante proceso no lineal, ni necesariamente continuo entre el enfermar y la salud. Como proceso la atención opera como una red de relaciones continua y dinámica que integra, entre otras, las significaciones sociales y prácticas, que cobran sentido con relación al poder y ordenamientos sensibles, que institucionalizan una manera de “pensar” y “actuar” sobre los padecimientos: para convivir, erradicar, controlar, paliar y/o evitar los efectos degenerativos de la enfermedad, restablecer la salud o vivir con el padecimiento que acaece en condiciones sociohistóricas particulares y corresponden a unas necesidades que la misma sociedad confecciona, que en nuestro caso, es una sociedad inscrita en el marco histórico de la biopolítica.

### **La estrategia metodológica**

Para lograr los objetivos se ha planteado una estrategia metodológica que se basa en el hecho de que la investigación científica es un proceso sembrado de acontecimientos que cuestionan las nociones teóricas y el orden establecido de la investigación. Es así que se asume una postura metodológica cualitativa que entiende que el campo de lo social exige una construcción permanente: el proceso de investigación más que ser una estructura jerarquizada donde se van sucediendo pasos, es una red, un vínculo que se construye correlativamente y que afecta constantemente las preguntas iniciales, los cuerpos teóricos y las herramientas metodológicas.

## El dispositivo

El dispositivo de investigación,<sup>33</sup> de acuerdo a la propuesta procesual, se compone de dos partes. La primera es una revisión acerca de las estrategias biopolíticas en el campo de la atención a los padecimientos crónicos y las personas mayores. Para esto se realizó un trabajo interpretativo del discurso en distintas fuentes, entre las que se encuentran artículos científicos y de publicaciones especializadas en temas de vejez, envejecimiento y salud; programas, planes, informes, comunicados, estadísticas y asistencia a eventos de instituciones públicas y privadas que atienden temas de vejez, población, salud y derechos; artículos periodísticos, columnas, reportajes, de distintos medios informativos, pero principalmente de periódicos y portales de noticias en internet; ensayos, obras de divulgación y difusión, obras literarias (novelas, teatro y cuento). Pues en ellas pudimos encontrar significaciones sociales, formas de problematizar la cuestión de la persona mayor y los padecimientos crónicos, así como información acerca de las condicionantes socioeconómicas que afectan el proceso de atención.

La otra es una estrategia etnográfica que se desarrolló en el entorno doméstico de la persona mayor e incluyó la reconstrucción de la trayectoria de la atención. Osorio ha definido la “trayectoria de atención” como la reconstrucción del recorrido imaginario que los sujetos instrumentan en los padecimientos. Es decir, “la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto del padecer” (2001, 39). En este eje se operativizan y se plasman los *saberes* y se expresa la construcción social del padecimiento:

[...] la secuencia organizada de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para gestionar o hacer frente a un episodio concreto de padecer e incorporan todas aquellas estructuras de atención y a los actores sociales que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores, tales como los sistemas de referencia profanos y redes sociales de apoyo, que incluye personas encargadas del

---

33 En este contexto se entiende dispositivo como “construcción intencional de una singular *máquina para hacer ver*, en el marco de un proceso de reflexión sobre lo social, lo cual implica una estrategia para la acción” (Salazar 2004, 292).

soporte y cuidado de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones. Las estrategias mencionadas involucran un conjunto de representaciones y prácticas (saberes) que se concretarán en la toma de decisiones y en determinadas acciones orientadas a la solución del problema, es decir curar, paliar o controlar la enfermedad (Osorio 2007, 154)

Es así que el trabajo plantea como dispositivo la reconstrucción de la trayectoria de atención para hacer emerger los momentos coyunturales reconocidos por los participantes, en los que se activan las decisiones ante la orden médica y la manera en cómo es aprehendida –apropiada y puesta en práctica- e identificar las prácticas, los significados que le dan sentido a la continuidad o transformación de las tácticas en la atención. Esta reconstrucción, materializada en las decisiones que toman los sujetos y en los virajes de las prácticas, permite reconocer cómo los sujetos se colocan frente a la orden.

### **Las herramientas**

Las herramientas que se utilizaron en primer lugar fueron entrevistas semiestructuradas, con base a un guion, que rápidamente se vieron superadas por la información hallada en campo, por lo que se continuó con entrevistas abiertas en torno a la trayectoria de atención; la observación directa en los espacios domésticos, que permitió obtener información para ser comparada y así hallar las diferencias y particularidades en cada grupo doméstico; y, finalmente, el diario de campo que permitió registrar las observaciones, dudas, ideas y demás información recabada en el trabajo en campo.

Otro tipo de entrevista abierta se realizó a médicos y psicólogos en la que se indagaba acerca del sentido acerca de su práctica médica, su papel en la atención, sus representaciones acerca de los obstáculos en la atención, la forma en como enfrentan la obediencia/desobediencia de los sujetos y las condicionantes a las que se enfrentan en el manejo de los padecimientos crónicos

Estos instrumentos, la entrevista como la observación, son procedimientos inductores de información. Su uso se debió a que estas “técnicas comparten el supuesto de hacer accesible la práctica totalidad de los hechos, y generalmente se

tienen como complementarias, para poder así captar los productos y los modelos, los comportamientos y los pensamientos, las acciones y las normas, los hechos y las palabras, la realidad y el deseo” (Velasco y Díaz 2006, 33). Esta complementariedad es el principal motivo de la elección de las herramientas, pues por medio de la observación se pueden obtener las descripciones e identificaciones; y con la entrevista se genera el diálogo que permite introducirse al discurso de los sujetos participantes de la investigación. Pero existe todavía un motivo más para utilizar ambas herramientas. Según Menéndez (2009) existe en la actualidad una tendencia a obtener información sólo con la palabra de los sujetos estudiados, y esto ocurre tanto en las encuestas como en las metodologías centradas en la entrevista que generan “narrativas”, por lo que se trabaja básicamente con las representaciones sociales y no con las prácticas de los sujetos, resultando que la observación cada vez es menos utilizada. Esto cobra mayor relevancia si consideramos las afirmaciones de Goffman (2009) quien, al hablar de la presentación de la persona en la vida cotidiana, afirma que es probable que un individuo pueda presentarse desde un ángulo favorable, por una parte, al manejar a voluntad sus aseveraciones verbales, y otra sobre la cual parece tener poco control, derivada de las expresiones que emite.

Las entrevistas fueron tanto individuales como grupales –dependiendo de las propias condiciones del campo-. Los encuadres se establecieron durante las visitas para la detección de participantes. El encuadre consistió en la presentación del investigador y los objetivos del trabajo; el aseguramiento del manejo confidencial de la información e identidad de los entrevistados; también se buscó elaborar acuerdos para realizar las entrevistas y observaciones. Cabe mencionar que los nombres de las personas han sido modificados para asegurar su anonimato.

### **Las unidades de análisis**

Las unidades de análisis fueron construidas con base a muestras diversas o de máxima variación para poder representar la complejidad y diversidad del fenómeno a estudiar, a través de comprender las diferencias y particularidades en las

trayectorias de atención. De acuerdo con lo anterior se definieron los siguientes criterios de inclusión:

- Grupos familiares con al menos una persona mayor diagnosticada, previamente, con algún padecimiento crónico;
- Se buscaron grupos familiares en el que las personas mayores no presentaron limitaciones en la funcionalidad derivada de la enfermedad y otros, que vivían con limitaciones funcionales derivadas de los padecimientos;
- También se buscaron que contaran con servicios médicos proporcionados por los sistemas de seguridad social y otros que no contaron con estos;
- Además, aun si no contaban con atención médica pública, que tuvieran acceso y recibieran atención biomédica y medicamentos;
- Finalmente, que aceptaran participar en la investigación a través de su consentimiento informado.

Cabe señalar que en el proyecto inicial se había considerado centrarse únicamente en dos padecimientos, diabetes e hipertensión (debido a su alta prevalencia entre las personas mayores), sin embargo durante los recorridos, observaciones y entrevistas iniciales se encontró en los sujetos condiciones de comorbilidad, resultando que para ellos esta experiencia no se daba con enfermedades claramente delimitadas, sino como un *continuum* entre ellas por lo que se consideró necesario ampliar los objetivos de la investigación a la experiencia de la comorbilidad crónica o mejor dicho del padecer crónico. Por último, respecto a las entrevistas de los médicos, éstas se realizaron por medio de la estrategia de bola de nieve.

### **Delimitación espacial**

En cuanto a la delimitación espacial los participantes fueron seleccionados en la zona oriente de la Colonia Campestre Aragón y estuvo conformada por familias que contaban con adultos mayores derechohabientes de la Pensión Alimentaria



Universal que otorgaba el Gobierno de la Ciudad de México;<sup>34</sup> que es una pensión del tipo no contributiva. La zona fue seleccionada debido a que en estas unidades territoriales existe alta concentración de adultos mayores en la alcaldía Gustavo A. Madero. Como el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (IAAM-DF)<sup>35</sup> sirvió como enlace con las personas mayores, resultó factible encontrar entre sus derechohabientes personas interesadas en participar en la investigación; asimismo, en la zona se han encontrado arreglos residenciales intergeneracionales y de cuidado coresidencial, lo que significa que las familias son extensas y han estado establecidos durante un largo período en la misma zona, por lo que hace factible que reconozcan la diversidad de sistemas de atención a la salud que se hallan en el lugar; finalmente, esta demarcación presenta personas mayores en un contexto completamente urbano y, debido a que fue el lugar donde se realizó la anterior investigación, facilita la accesibilidad y permite una ampliación y profundización del tema.

## **Procedimiento**

La estrategia metodológica se estableció de la siguiente forma: durante la primera fase se desarrolló el trabajo de gabinete y diseño del proyecto. En la cual, a través de datos obtenidos de fuentes primarias y secundarias, revisión de bibliografía y discusiones se problematizó el proceso de atención a los padecimientos crónicos; asimismo se generaron las guías de entrevista, observación y demás herramientas que se utilizaron en campo, que como ya se mencionó se fueron modificando según las necesidades y condicionantes de acceso al campo.

La siguiente etapa fue el trabajo en campo. Durante esta fase se obtuvo la información en campo a través de las herramientas y procedimientos metodológicos determinados. Las actividades se realizaron en dos etapas: la primera consistió en

---

<sup>34</sup> Actualmente esta pensión no contributiva es responsabilidad del Gobierno Federal y se ha reducido la edad de 68 a 65 años.

<sup>35</sup> Actualmente se ha modificado esta institución y ahora es el Instituto para el Envejecimiento Digno.

realizar los acuerdos con el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el DF (IAAM DF) para realizar los recorridos de campo y obtener participantes. Fue entonces que se comenzaron los recorridos en los espacios domésticos ubicados en la alcaldía Gustavo A. Madero, acompañando al personal operativo (educadora comunitaria y médico visitador), en la cual se realizaron observaciones, detección de posibles participantes y recorridos en comunidad. También comenzaron las entrevistas iniciales y de seguimiento a adultos mayores y miembros de su red familiar, así como observación participante en la atención en el espacio doméstico. Igualmente se realizaron recorridos etnográficos en la zona, principalmente en centros de salud, hospitales, consultorios médicos, atención médica en farmacias y otros espacios reconocidos de concentración y atención a personas mayores.

En total se lograron obtener 65 entrevistas con 17 grupos familiares en 85 sesiones, que tuvieron duración variable entre una a tres horas. En estos grupos familiares se pudieron realizar entrevistas a 14 personas mayores y a 11 familiares encargados del cuidado de las personas de edad. Hay que señalar que en el caso en que no se pudieron realizar entrevistas a las personas mayores se debió a las limitaciones cognitivas o de funcionalidad que presentaban durante las sesiones; en cambio, en el caso en que no se realizaron entrevistas a los cuidadores, se debió a que las personas mayores eran independientes y no requerían de una persona encargada de su atención.

En cuanto a las entrevistas a representantes biomédicos, se lograron 11 entrevistas. Un par a médicos del Programa de Visitas Médicas Domiciliarias del IAAM-DF; 1 nefrólogo; 3 geriatras (5 entrevistas en total), uno del Instituto Nacional de Geriátrica, otro del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado y otra que ha trabajado en instituciones de cuidados prolongados del Sistema de Desarrollo Integral para la Familia y, actualmente, se encuentra adscrita en una clínica de atención a personas mayores; 1 reumatóloga; 1 médica dedicada a la enseñanza en la Escuela Nacional de Medicina del Instituto Politécnico Nacional; y una psicóloga de un Centro de Atención al Diabético de la Secretaría de Salud del Estado de México.

## **Análisis**

El total de las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas en el procesador de textos Word para luego sistematizarlas por temas y subtemas en matrices que posibilitaron el análisis del contenido. Estas matrices se elaboraron por cada grupo familiar y posteriormente se conjuntaron en matrices generales, de donde se fueron reconstruyendo las categorías de análisis.

## CAPÍTULO 3. LAS CONDICIONES DEL CAMPO A ESTUDIAR

En este capítulo se presenta una breve descripción de las condiciones en las que se encuentran las personas mayores con padecimientos crónicos en términos epidemiológicos; así como otros que influyen en la atención. En específico, la intención es contar con un panorama global que permita reconocer la zona y condiciones donde se desarrolló el trabajo de investigación.

### **Una época de transiciones: transición demográfica y epidemiológica**

Resulta de importancia reconocer que actualmente hay dos procesos, estrechamente relacionados, que paralelamente enfrenta el mundo y nuestro país. Estos han sido *problematizados*, dentro de la actual lógica gubernamental y biopolítica, como *riesgos* o *retos* tanto en término de sus *posibles* efectos políticos, económicos, sociales y no únicamente sanitarios.

El primero es la transición demográfica (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2019; Villagómez 2010; HelpAge International 2015; Partida 2005; Zuñiga y Vega 2004; Hernández, López, y Valverde 2013; CONAPO 2013; Rodríguez M. 2021; González, González, y Chickris, 2018) que es entendida como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores dentro del total de la población; y, en segundo término, la transición epidemiológica,<sup>36</sup> es decir el cambio de los patrones de morbilidad y mortalidad que

---

<sup>36</sup> Sin embargo, es necesario hacer un señalamiento con respecto a los análisis de la transición epidemiológica, derivada del modelo propuesto por Abdel Omran en 1971, y que ha sido utilizado ampliamente en los estudios epidemiológicos; pues, se debe advertir que su enfoque supone una transición homogénea entre las diferentes poblaciones. Esta cuestión puede ocultar la presencia de enfermedades infecciosas, principalmente, en los sectores más desprotegidos a nivel nacional y entre diferentes países. Agudelo, Gutiérrez, Murillo y Giraldo (2017) afirman que en el perfil epidemiológico en México coexisten y confluyen tres grandes grupos de cargas de enfermedades: transmisibles (10.2%), no transmisibles (77.6%) y externas (10.5%). Incluso, durante el año 2020 se ha hecho presente y se ha posicionado como una de las más importantes causas de muerte en el país y en el mundo la pandemia de la COVID-19, que es una enfermedad infecto-contagiosa derivada del virus SARS-CoV-2 (Secretaría de Salud-CENAPRECE-INSP-IMSS-INEGI-CONAPO-RENAPO-OPS 2021). Es así que hay quienes han propuesto un régimen mixto (Samper-Ternent 2012; González-González, Palloni, y Wong, 2015) de padecimientos infecciosos y crónicos, debido a la necesidad de superar los supuestos de homogeneidad en la transición, tanto en los padecimientos como en su secuencia en las diversas poblaciones.

presentan las poblaciones, que pasaron de enfermedades infecciosas y agudas a crónicas y degenerativas (Secretaría de Salud-Dirección General de Epidemiología 2018; OPS 2019; Zúñiga y Vega, 2004; Secretaría de Salud, 2019; Kinsella, 1994). Cabe advertir que, con el control de las enfermedades infecciosas y la reducción de la mortalidad infantil y materna, así como el control natal se dio paso a un aumento, no sólo de la población envejecida, sino que se acompañó con el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas. A medida que se fue reduciendo la prevalencia de enfermedades infecciosas como causa de muerte el promedio de edad de la población aumentó y la duración de la vida, de quienes habían superado las enfermedades de la infancia, creció en el tiempo. Así, en última instancia, aumentó la población adulta mayor que comenzó a presentar mayor prevalencia en padecimientos crónicos.

### **Envejecimiento poblacional**

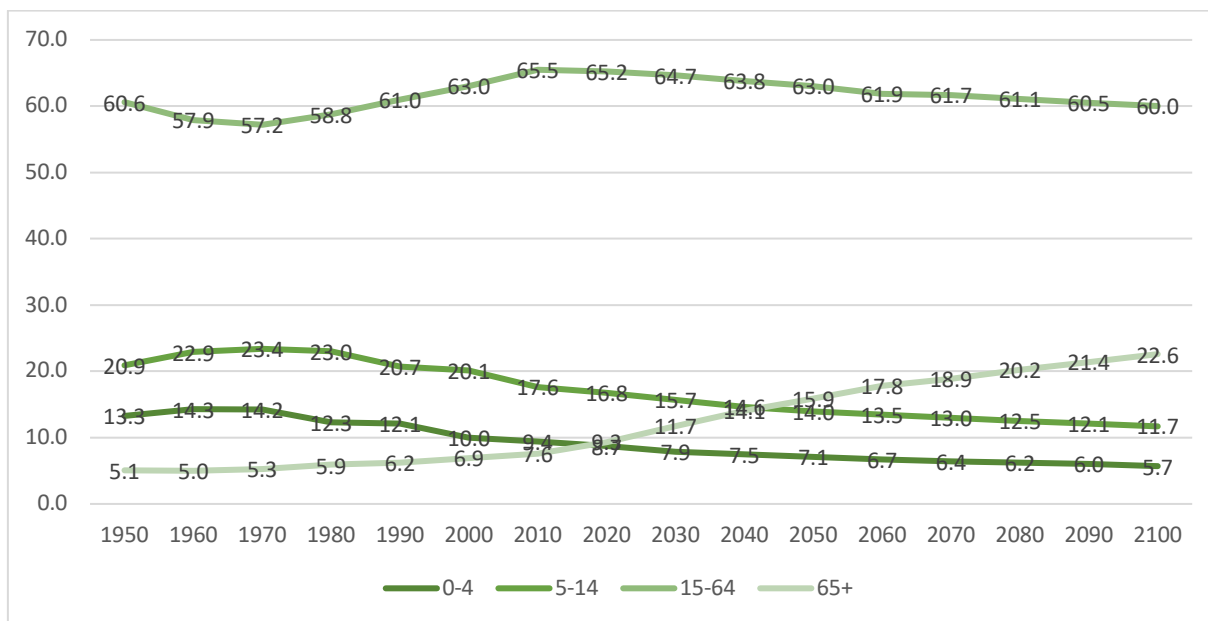
En cuanto a la transición demográfica es posible observar que, en el mundo hoy en día, según cálculos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), habitan 7.7 mil millones de personas, de las cuales 3.6 mil millones son mujeres y 3.9 mil millones son hombres. La edad mediana en el mundo es de 30.9 años (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2019). De esta población, el 9.1% tiene 65 años o más, es decir 727,606,000 de personas y se espera que esta proporción aumente hasta llegar a representar el 22.6 % de la población para el año 2100. Actualmente este grupo se conforma del 55% de mujeres, mientras que el otro 45% son hombres.

Esta tendencia ha supuesto que actualmente la proporción de las personas mayores supere al grupo de 0 a 4 años y aproximadamente para el año 2040 se espera que sea mayor que el grupo de 5 a 14 años (Ver gráfica 1). Esta población de adultos mayores está creciendo a un ritmo del 3.26% anual y se proyecta que para el año 2050 la mayoría de regiones en el mundo, excepto África, las personas de 60 años o más representarán cerca de un cuarto de su población o más. Es así que se espera que la cantidad de personas mayores en el mundo se incremente al

paso de los años y, por ejemplo, se calcula que para el año 2100 el número de personas de 60 años y más alcance los 3.2 billones de personas (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2015).

En el año 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años y más superaron en número a los niños menores de cinco años. Se espera que para el año 2050 la población mayor de 65 años supere por más del doble a esta población y a la que se encuentra en el rango de 15 a 24 años (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019b). De hecho, para 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más; superando la relación actual que es de 1 en cada 11 personas (United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, 2019c).

Gráfica 1 Proporción por grupo de edad a nivel mundial 1950-2100

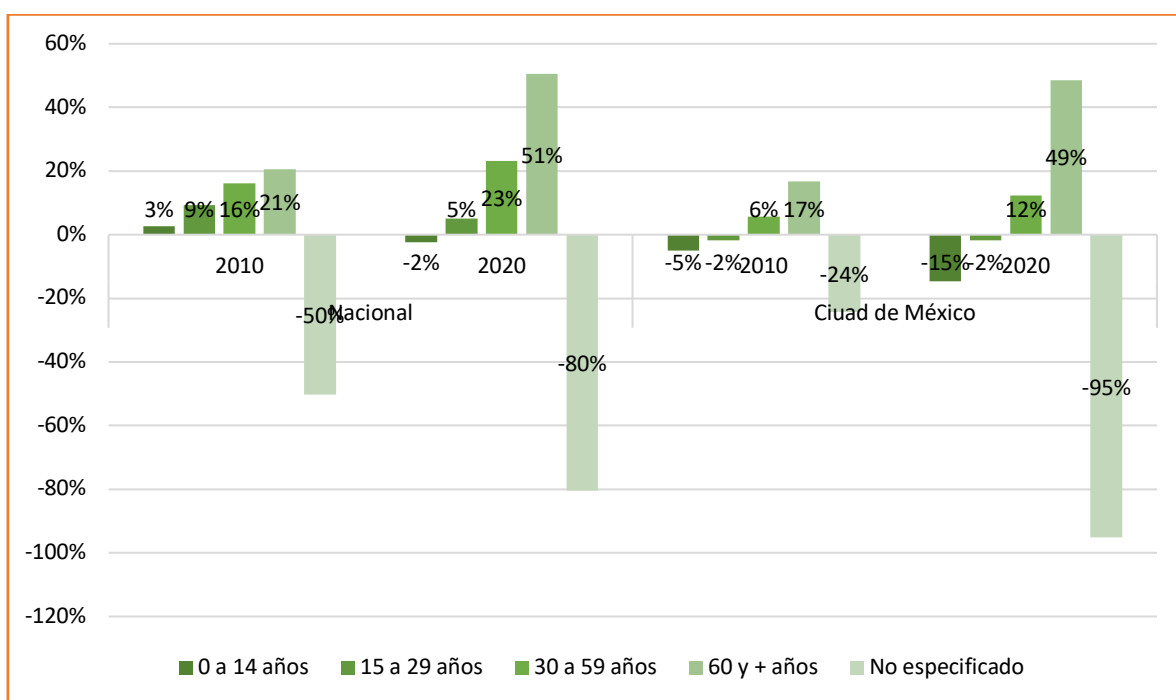


Fuente: Elaboración propia con base en información: United Nations, Department of Economic Social Affairs, Population Division (2019).

De acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2021b), en el país y en la Ciudad de México se puede observar que el grupo de edad de mayor presencia es el de 30 a 59 años. Tendencia que se ha repetido desde el año 2005. Pero, en cuanto a la población de 60 años y más podemos ver que actualmente a nivel nacional habitan 15 millones de personas

de este grupo de edad; en tanto, que en la Ciudad de México podemos encontrar 1, 491, 619 personas de 60 años o más, lo que representa el 16% de los 9, 209, 944 millones de personas de su población total. De estos, el 57% corresponden a mujeres y el otro 43% a hombres. La tendencia en este grupo es la de aumentar su presencia poblacional tanto a nivel nacional como local. Es así que del 2005 al 2020 la proporción de personas mayores pasó, en el país, del 8% al 12% . Incluso, podemos ver que en términos de variación porcentual es el grupo de edad que ha presentado mayor crecimiento en comparación con los otros, pues la población de 0 a 4 años ha presentado una tendencia a la baja tanto a nivel nacional como local, mientras que el aumento de población de 15 a 29 años se ha desacelerado en el país y en el caso de la Ciudad de México incluso se ha reducido; pero, la población de 60 años y más ha mantenido una tendencia de incremento en términos proporcionales, incluso con mayores impacto que el grupo de 30 a 59 años tanto a nivel país como localmente (Ver gráfica 2).

Gráfica 2 Variación porcentual por grupo de edad a nivel nacional y Ciudad de México 2005-2020



Fuente: Elaboración propia con base en información de INEGI (2021b).

Es así que el índice de envejecimiento para el país, es decir, la cantidad de personas mayores por cada 100 niños y jóvenes<sup>37</sup>, también ha aumentado a más del doble, pues en el año de 1990 era de 16 y para el año 2020 ha llegado a ser de 47.7. En el caso de la Ciudad de México este índice, en el mismo período de tiempo, pasó de 23.4 a 90.2, superando el nivel nacional y muy arriba del segundo lugar que es Veracruz con un índice de 59 (INEGI 2021c). Esto ha superado las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2018b), que para 2020 a nivel país había calculado un índice de 29.2 a nivel nacional y 60.82 para la Ciudad de México; sin embargo, en ambos casos esta Institución proyecta el incremento sostenido al menos hasta el año 2050. Esto indica que actualmente predomina la población de adultos jóvenes en el país, pero esta se encuentra reduciendo su tamaño; mientras, que la población mayor se incrementa y de manera más acelerada que los otros grupos de edad.

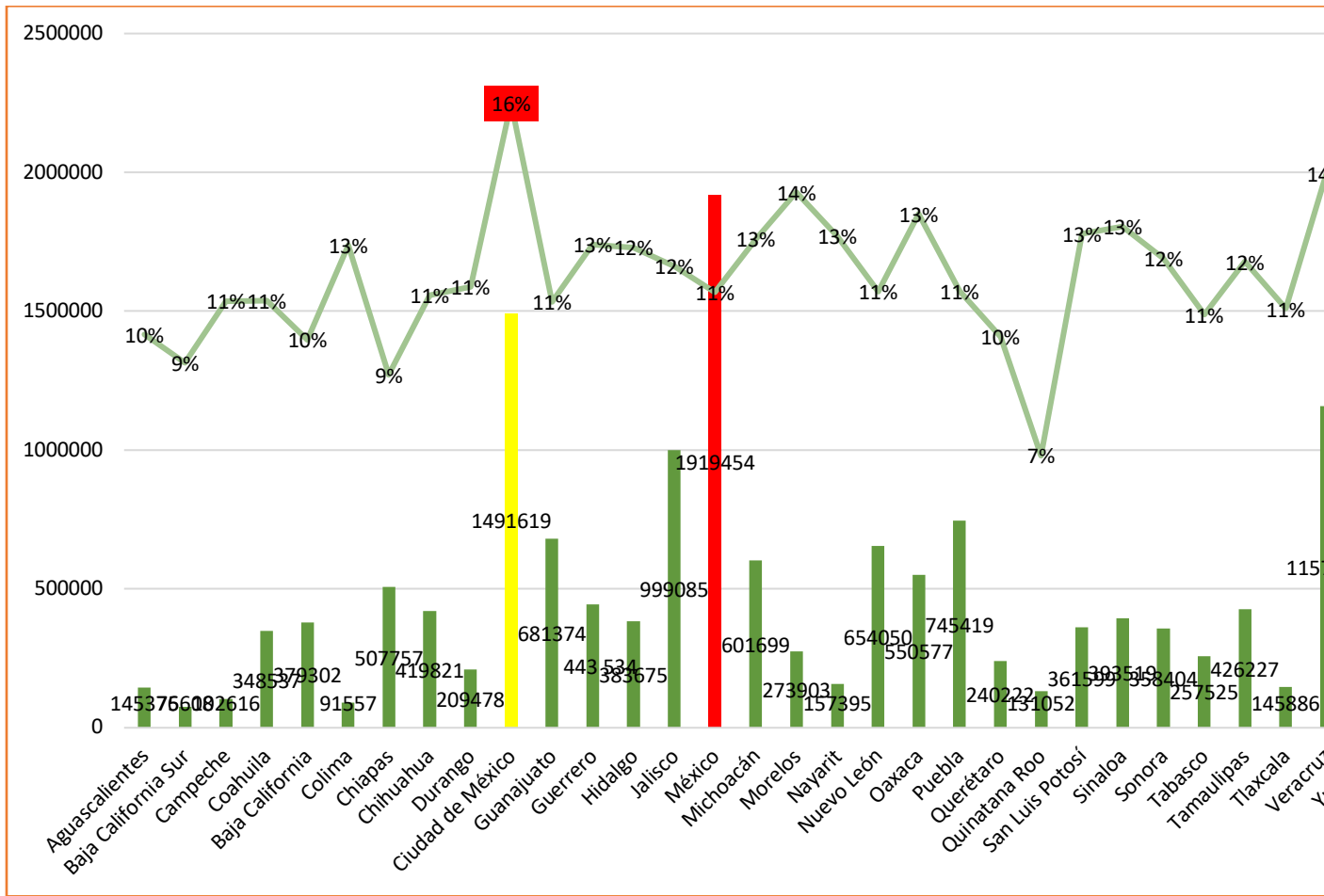
La principal concentración de población mayor en el país en términos totales se encuentra en primer lugar en el Estado de México (donde alcanza casi los dos millones de personas) y, en segundo lugar, la Ciudad de México. Sin embargo, en términos de proporción poblacional por entidad federativa, son la Ciudad de México, seguida por Morelos y Veracruz, las entidades con mayor presencia de personas mayores en su población. Casos contrarios son los estados de Quintana Roo, Baja California Sur y Chiapas donde la proporción de personas mayores son las menores en todo el país. De hecho, la entidad con menor cantidad total de personas mayores es Baja California Sur (Ver gráfica 3).

---

<sup>37</sup> Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. El cálculo se realiza: Cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100.



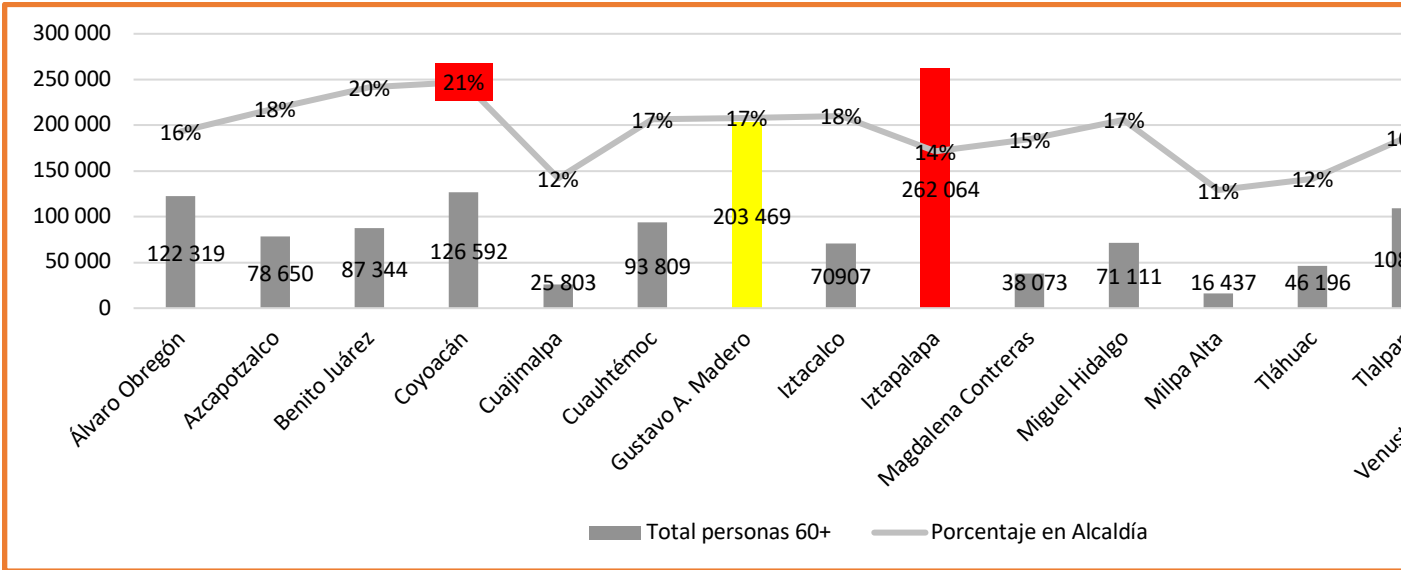
Gráfica 3 Total y proporción de la población de 60+ por entidad federativa 2020



Fuente: Elaboración propia con base en información del Censo de Población y Vivienda, 2020 (INEGI, 2021d)

Con respecto a la población mayor de 60 años o más en la Ciudad de México se puede apreciar que las alcaldías con mayor proporción son Coyoacán y Benito Juárez; pero, en cuanto a la cantidad total de personas mayores de 60 años, la diferencia en comparación con Iztapalapa que se encuentra en primer lugar y Gustavo A. Madero en segundo lugar. Cabe mencionar que el trabajo de investigación se desarrolló en esta última Alcaldía por las cuales se eligió como zona de trabajo, es debido a que cuenta con una de las mayores cantidades de personas mayores en su población. En cuanto a la Alcaldía con menor cantidad de personas mayores y proporción es Milpa Alta donde únicamente el 7% de su población tiene 60 años o más (Ver gráfica 4).

Gráfica 4 Total y proporción de la población de 60+ por alcaldía de la CDMX, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en información del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2021d)

## *Esperanza de vida*

En cuanto a la esperanza de vida en el mundo se ha mantenido un incremento, pues pasó de los 46 años en la década de 1950 a los 73 años para 2020 y se proyecta que para el 2100 se alcancen los 81 años. Las mujeres presentan mayor esperanza de vida actualmente. En los países de altos ingresos la esperanza de vida al nacer es de 81 años aproximadamente, en tanto que en los de ingreso medio altos llegan a 76.33 y los de ingreso medio bajo se reduce a 69.13 años y en los bajos ingresos llega apenas a los 65 años (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019). Es decir, en el mundo la tendencia de aumento de la esperanza de vida se mantiene, pero no dejan de impactar las desigualdades económicas en este indicador. Entre los países con mayores ingresos y los de menores hay una variación de -20%. Tendencia que se mantendrá similar para el 2050, cuando la brecha entre estas dos regiones del mundo se mantenga en el orden del -16% con una diferencia de 85 años para el primer grupo y 71.4 para los segundos.

En tanto que la esperanza de vida al nacer de los mexicanos también se ha venido, y se irá, incrementando, pues para el año de 1920, la esperanza de vida al nacer era de 28.9 años (González C. , 2013) y para el 2019 ha alcanzado los 75 años (INEGI, 2020). Pero cabe señalar que en el país hay fuertes diferencias entre entidades federativas, es así que la Ciudad de México, con 76.31 años, y Nuevo León, con 75.61 años, presentan las más altas esperanzas de vida al nacer; mientras que Chiapas, Oaxaca y Guerrero, con 73.92, 73.79 y 72.89 años, respectivamente, son las entidades con una menor esperanza de vida al nacer en el país (CONAPO, 2018); es decir, que entre la entidad con mayor esperanza y la que tienen menor hay una diferencia de 3.42 años. Estas entidades además mantienen una fuerte diferencia en sus condiciones sociomateriales.

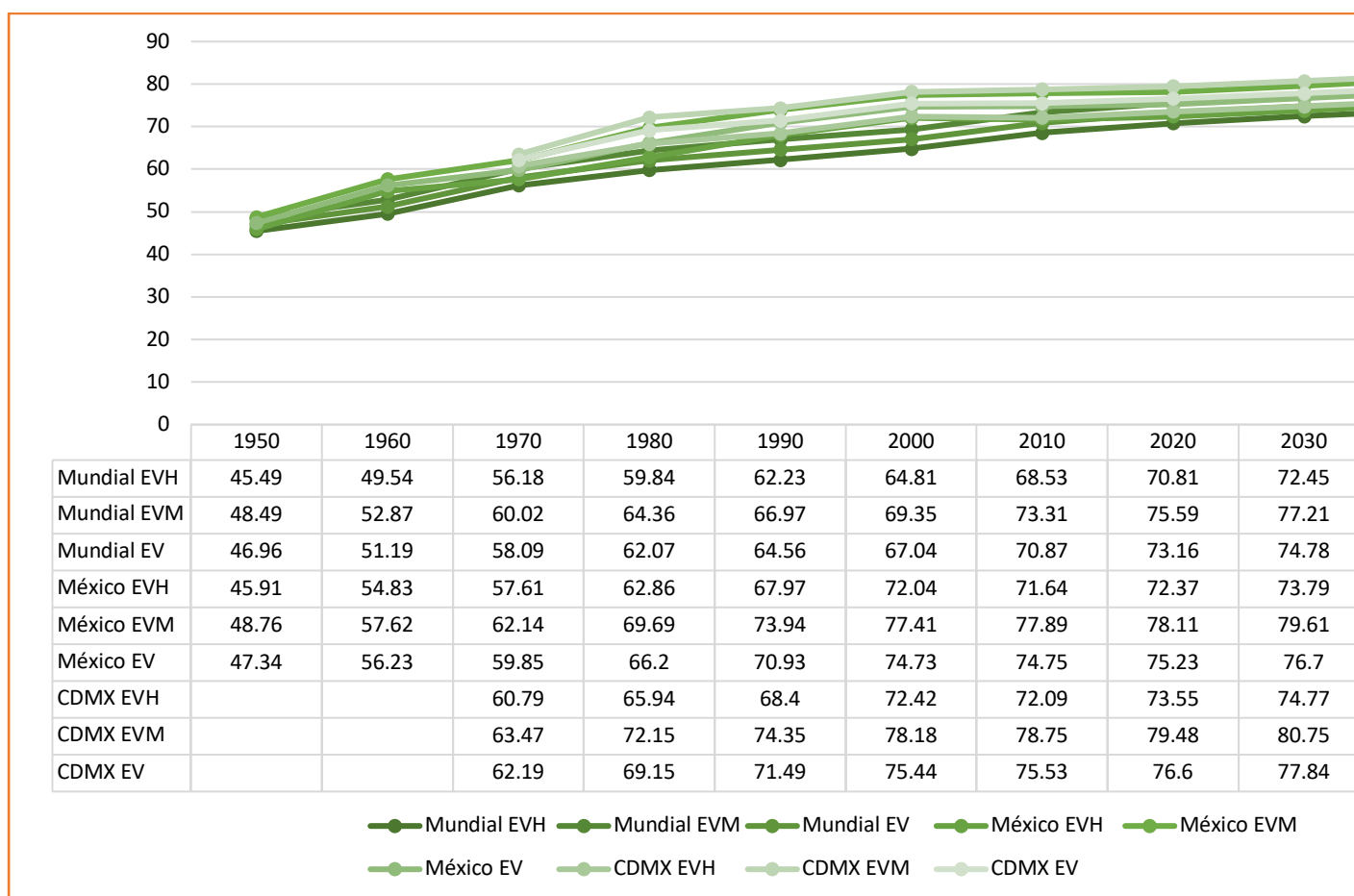
Sin embargo, las recientes proyecciones de CONAPO (2018b) muestran que la esperanza de vida al nacimiento desde el año 2000 ha tenido algunos descensos importantes principalmente desde el 2006 a la fecha, pues se pasó de 75.54 años

para la primera fecha a 74.71 en 2015 y desde entonces comenzó a presentar una ligera recuperación para alcanzar los 75 años en 2018. Y, a pesar de que no se ha alcanzado el nivel de hace 12 años, se proyecta que para el 2050 se alcancen los 79.62 años de esperanza de vida al nacimiento (Ver gráfica 5). Por otro lado, de acuerdo a datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México presenta la esperanza de vida más baja de todos los países miembros de esta Organización y ha tenido un incremento menor respecto a los países pertenecientes a esta Organización; es así que se reporta que en tanto la esperanza de vida promedio es de 80.7 años, nuestro país mantiene una esperanza de vida de 75.4 años (OCDE, 2019). Lo anterior es resultado de varios factores, entre los que se encuentran una serie de circunstancias coyunturales, posteriores a 2007, específicamente las condiciones de violencia en nuestro país (Hernández, López, y Valverde, 2013) y que pueden tener incidencia en la esperanza de vida. Pero también se encuentran las condiciones económicas y principalmente las enfermedades crónicas.

### **Comportamiento epidemiológico**

Resulta importante reconocer que aunque actualmente los padecimientos crónicos y su atención, así como el envejecimiento, son temas acuciantes en las políticas sanitarias de nuestro país, lo cierto es que el comportamiento epidemiológico, tanto en la prevalencia de estas enfermedades, como en las complicaciones, las condiciones de discapacidad y muertes relacionadas con éstas, no han sufrido cambios importantes y algunos casos han aumentado (OMS, 2015; Lloyd-Sherlock, 2014; INSP, 2016; 2020; OCDE, 2016b; CENAPRECE, 2016; 2016b; Barquera, y otros 2013; Rojas-Martínez y otros 2018; Secretaría de Salud, s/a ;INEGI-INSP-Secretaría de Salud, 2020; OMENT, 2018; INEGI, 2021) a pesar de las acciones y programas enfocados a su prevención y atención; incluso entre la población que ha recibido algún tratamiento médico para controlar la enfermedad.

Gráfica 5. Esperanza de vida al nacer a nivel mundial, México y Ciudad de México (años seleccionados)



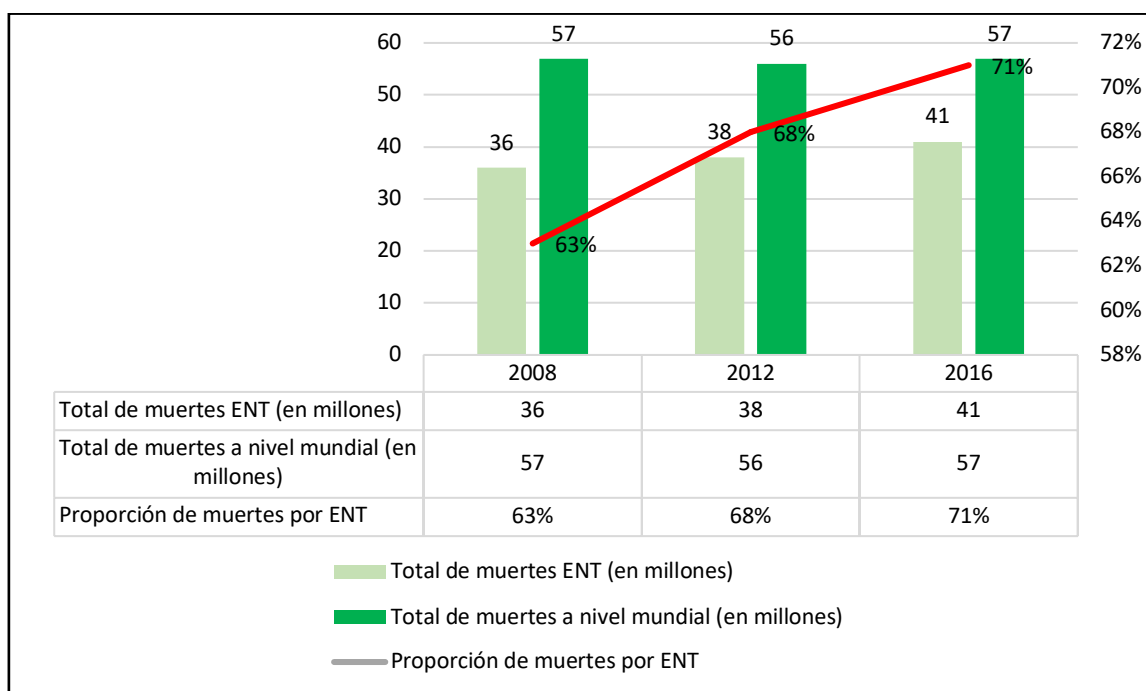
Fuente: Elaboración propia con base en información de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, CONAPO (2018b)

Estos padecimientos crónicos suponen serias complicaciones para la esperanza de vida saludable y, en muchas ocasiones, afectan la funcionalidad física, por ejemplo, más del 40% de las personas de 60 años y más en el mundo presentan alguna limitación física (Rodríguez, Birkelbach, y Wong 2020), y derivan en estados de marginación y discriminación, así como discapacidad (Rodríguez, Birkelbach, y Wong 2020), dependencia y muerte (Agudelo, Gutiérrez, Murillo, y Giraldo 2017; (Flores-Hernández, Acosta-Ruiz, Hernández-Serrato, Delgado-Rodríguez, y Reyes-Morales 2020). Consecuentemente, se puede ver que las complicaciones, discapacidad y muertes relacionadas con estos padecimientos han venido aumentando en la población (OMS, 2015; Lloyd-Sherlock, 2014; INSP, 2016; OCDE, 2016; CENAPRECE, 2016; CENAPRECE, 2016b; Barraza-Lloréns, Panopoulou, y Díaz, 2013; Rojas-Martínez y otros 2018; Secretaría de Salud, s/a; INEGI-INSP-Secretaría de Salud, 2020; OMENT, 2018; INEGI, 2021; Salinas-Rodríguez, De la Cruz-Góngora, y Manríquez-Espinoza, 2020; Lozano, 2019; Rodríguez R. , 2014), principalmente entre las personas mayores (He, Goodkind, y Kowal, 2016; Prince, y otros, 2015).

Las enfermedades crónicas han venido aumentando, tanto en términos totales como proporcionales, en el mundo como causas de defunciones. Estas enfermedades representaron en 2008 el 63% del total de las muertes a nivel mundial (36 millones en total), pero en 2019 han alcanzado 74% del total de las muertes (Ver gráfica 6). De acuerdo a la OMS (2020) actualmente, de las diez principales causas de muerte, siete corresponden a enfermedades no transmisibles, lo que representa el 80% de las muertes de esta lista. Incluso hay que mencionar que la primera causa de muerte en el mundo es la cardiopatía isquémica (que corresponde a 8.9 millones de muertes en 2019) y significa el 16% de las defunciones; el accidente cerebrovascular y la enfermedad pulmonar son las segunda y tercer causas de muertes correspondientemente. Desde el año 2000 la diabetes ha tenido un crecimiento importante, lo cual ha permitido que se ubique dentro de las principales causas de fallecimiento; algo parecido ha ocurrido con el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón que han alcanzó las 1.8 millones de muertes. Las demencias, entre ellas la enfermedad por Alzheimer, para el 2019 ocuparon la séptima causas

de defunción. De igual manera, las enfermedades renales han aumentado y de la posición 13 han llegado a la décima. En este marco, enfermedades como el VIH-Sida ha disminuido su participación en las muertes a nivel mundial desde hace veinte años, por lo que ha dejado de estar en el grupo de las principales causas de muerte global y actualmente ocupa el lugar 19. Las enfermedades diarreicas han presentado una tendencia similar, pues en el período del año 2000 al 2010 se redujeron de 2.6 millones de muertes a 1.5 millones.

Gráfica 6 Proporción de muertes atribuidas a ENT con respecto al total de muertes a nivel mundial 2008-2016



Elaboración propia con base en información obtenida de OMS (2011); OMS (2014); OMS (2018); OMS (OMS, 2018b).

Pero no podemos dejar de atender al hecho de que el patrón de la transición epidemiológica no resulta homogéneo. Las causas de mortalidad están estrechamente relacionadas con las condiciones estructurales, de tal manera que al comparar entre las causas de defunciones de acuerdo a los niveles de ingreso de los países -definidos por el Banco Mundial- se observa que en los de menores ingresos las enfermedades transmisibles aún dominan; caso contrario es el de los países de ingreso altos, donde únicamente las infecciones de las vías respiratorias

es la única enfermedad transmisible que se encuentra en las diez principales causas de muerte (Ver tabla 1).

Tabla 1. Diez principales causas de muerte 2019 en el mundo y en países por nivel de ingreso

Posic.	Causa a nivel mundial	Causas países ingresos bajos	Causas países ingresos medios bajos	Causas países ingresos medios altos	Causas países ingresos altos
1	Cardiopatía isquémica	Afecciones neonatales	Cardiopatía isquémica	Cardiopatía isquémica	Cardiopatía isquémica
2	Accidente cerebrovascular	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	Accidente cerebrovascular	Accidente cerebrovascular	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cardiopatía isquémica	Afecciones neonatales	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Accidente cerebrovascular
4	Infecciones de las vías respiratorias	Accidente cerebrovascular	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón
5	Afecciones neonatales	Enfermedades diarreicas	Infecciones de las vías respiratorias	Infecciones de las vías respiratorias	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6	Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	Paludismo	Enfermedades diarreicas	Diabetes mellitus	Infecciones de las vías respiratorias
7	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Lesiones por accidentes de tránsito	Tuberculosis	Cardiopatía hipertensiva	Cáncer de colón y recto
8	Enfermedades diarreicas	Tuberculosis	Cirrosis hepática	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Nefropatías
9	Diabetes mellitus	VIH/Sida	Diabetes mellitus	Cáncer de estómago	Cardiopatía hipertensiva
10	Nefropatías	Cirrosis hepática	Lesiones por accidentes de tránsito	Lesiones por accidentes de tránsito	Diabetes mellitus

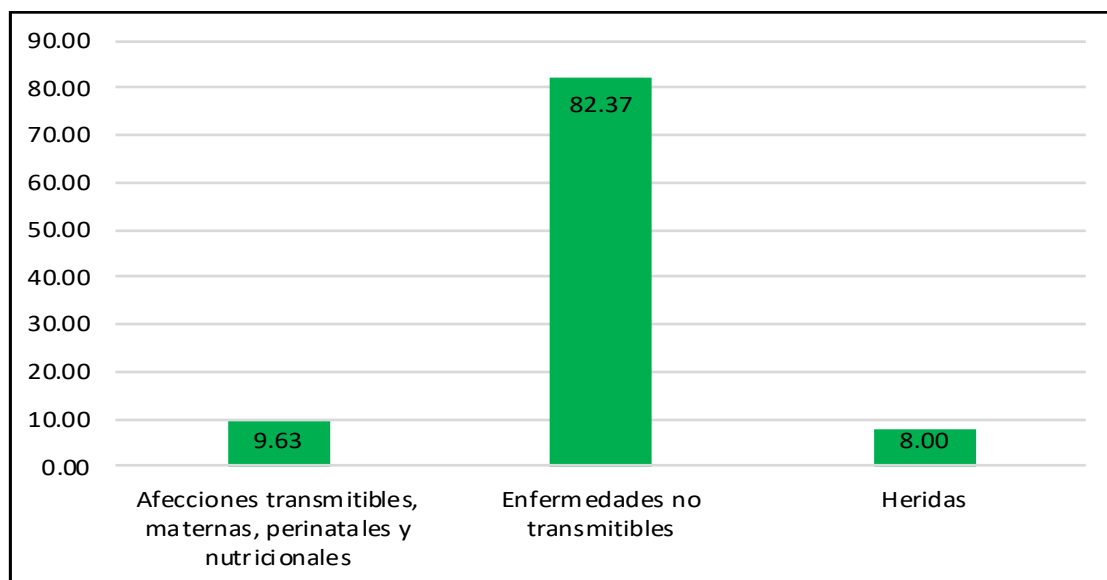
Fuente: Elaboración propia con base en información de OMS (2020)

En nuestro país la situación no es muy distinta y de acuerdo a Lozano (2019) se espera que para el 2040 la mayor parte de las principales causas de muerte serán las enfermedades crónicas no transmisibles. Incluso se puede observar esta tendencia en la que las muertes por enfermedades crónicas vienen aumentando. De esta forma las enfermedades crónicas hoy en día tienen la más alta proporción en las causas de muerte. En tanto que la mortalidad derivada de la diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades hipertensivas se incrementó entre el año 2012 al 2016 (OMENT, 2018). Mientras que el INEGI reporta que en el caso de las tasas de



muertes por enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado y EPOC se han incrementado desde el 2011 a 2020 (INEGI, 2021).

Gráfica 7 Proporción de muertes atribuibles en todas las causas México, 2015 (o año más cercano)



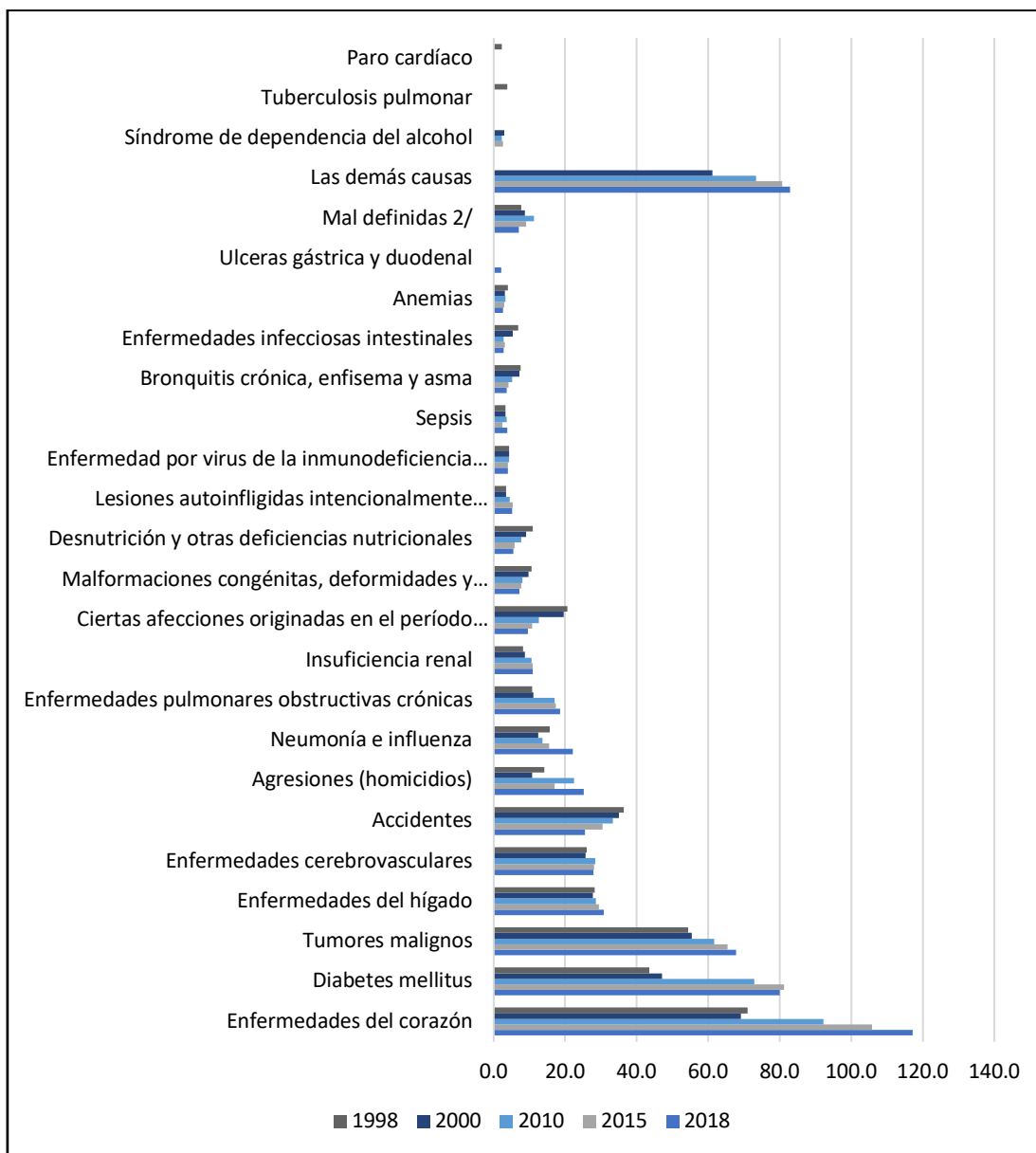
Fuente: Elaboración propia con base en información de OCDE (2020)

En el caso de la morbilidad también han cobrado relevancia las enfermedades no transmisibles desde la década de 1990. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19, se puede observar como en el caso de la diabetes, en la población de 20 años y más, se pasó de un 9.2% de la población con diagnóstico de esta enfermedad (es decir, 6.4 millones de personas) en el año 2012 a un 10.3% de la población (8.6 millones de personas) para 2018; esto mismo se puede observar en el caso de la hipertensión, la cual, en el mismo periodo de tiempo se pasó del 16.6% (9.3 millones de personas) a 18.4% (15.2 millones de personas) de la población con diagnóstico de esta enfermedad (INEGI-INSP-Secretaría de Salud, 2020).

Se puede ver que la mortalidad por causas prevenibles y tratables es alta (OCDE, 2019) y, por ejemplo, la OCDE reporta que el 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio (6.9%) de los países miembros de este Organismo; mientras que las muertes por enfermedades cerebrovasculares sólo se han reducido en 38% desde 1990, una disminución modesta en comparación con la

reducción promedio de 54% en los países miembros; pero, aun, es más desconcertante la disminución de tan sólo el 1% en las muertes por cardiopatías en contraste con la reducción del 48% en otros países de la OCDE (OCDE, 2016b). Es así que el ingreso hospitalario por diabetes y amputaciones de las extremidades inferiores son elevados en el país en comparación con el promedio de los países de la OCDE (OCDE, 2019).

Gráfica 8 Tasas de las principales causas de muerte en México, años seleccionado



Nota: Tasas por 100 mil habitantes

Fuente: Elaboración propia con base en información de Sistema de Información de la Secretaría de Salud (s/a) en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

De hecho, se observa que la tasa de morbilidad de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han aumentado progresivamente hasta alcanzar cierta estabilidad; pero en el caso de la mortalidad derivada de estas enfermedades la tendencia ha aumentado desde el año 2000 a la fecha aproximadamente al doble (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República, 2018).

*Tabla 2 Evolución de los casos de diabetes mellitus e hipertensión en México 2000-2018*

Año	Diabetes mellitus		Hipertensión arterial	
	Tasa de morbilidad	Tasa de mortalidad	Tasa de morbilidad	Tasa de mortalidad
2000	284.6	46.1	397.1	9.7
2005	370.9	62.6	484.6	12.0
2010	367.7	72.6	471.9	15.5
2015	305.1	81.4	364.0	19.2
2016	301.0	86.3	357.8	18.5
2017*	332.5	89.1	399.8	19.7
2018 <sup>a</sup>	171.7	92.8	210.0	19.5

\*Tasas de mortalidad, cifras estimadas a diciembre de cada año por cada 100,000 hab.

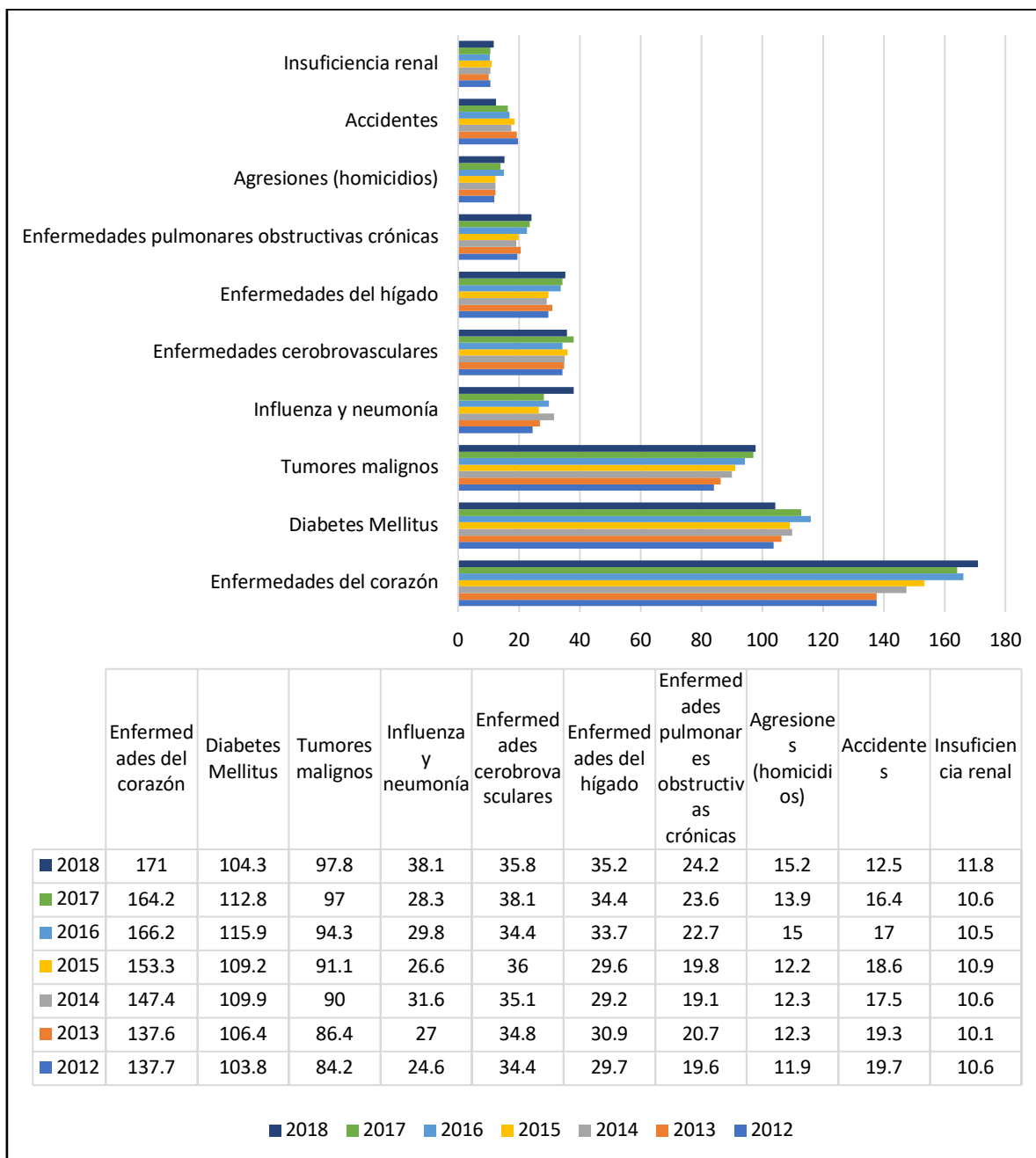
<sup>a</sup> Morbilidad, cifras preliminares a junio

Fuente: Elaboración propia con base en información (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República, 2018)

Este panorama se reproduce en la Ciudad de México (lugar en el que se ha realizado la presente investigación), en donde las tasas de las diez principales causas de mortalidad general se han incrementado en el periodo del 2012 al 2018, resultando que en los primeros lugares se encuentran las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y neoplasias (SEDESA, 2020b) (Ver Gráfica 9).

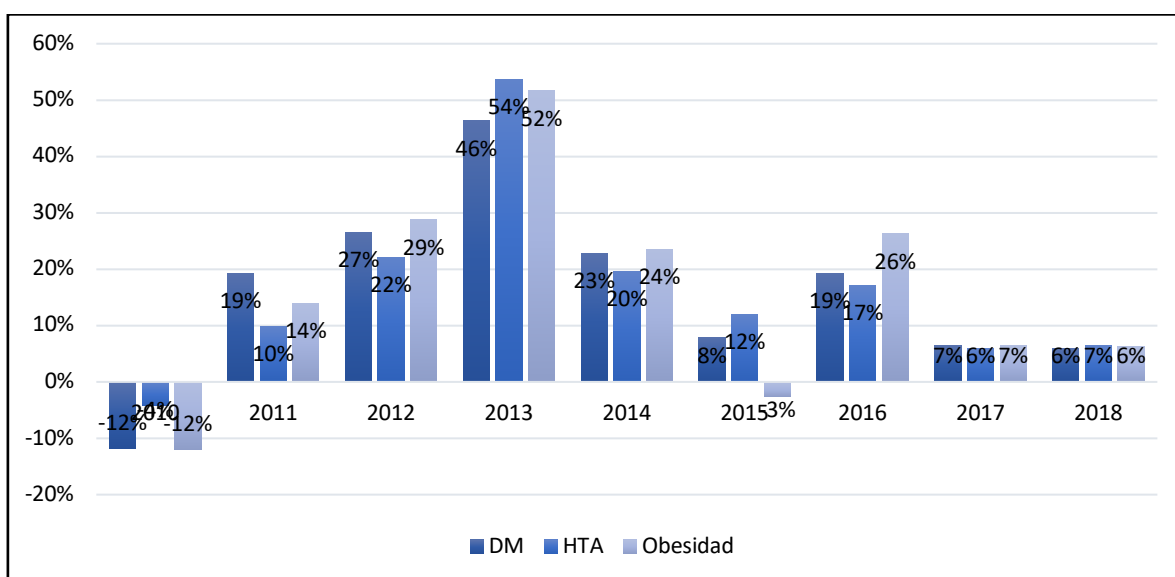
Mientras que se puede observar un aumento constante en la detección de casos de DM, HTA y obesidad (SEDESA, 2020), de tal manera que durante el año 2013 tanto la DM como la HTA y la obesidad aumentaron dramáticamente, con respecto al año anterior, en un 54%, 46% y 52% respectivamente (Ver Gráfica 10). En tanto que de las personas que se encuentran en tratamiento por DM, HTA y obesidad la mayor proporción de personas que se encuentran en control es de un 69% para la HTA, mientras que en el caso de la obesidad sólo alcanza un 23% (SEDESA, 2020).

Gráfica 9 Diez principales causas de mortalidad general por tasa Ciudad de México, 2012-2018



Tasa por cada 100,000 habitantes. Fuente: Elaboración propia con base en información de SEDESA (2020b). Información en Salud en <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/informacion-en-salud>

Gráfica 10 Variación porcentual de detección de DM, HTA y obesidad 2009-2018 en CDMX



Fuente: Elaboración propia con base en información de SEDESA(2020b). Información en: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/Agenda%202018.pdf>

### Control y complicaciones

Se ha observado que las prácticas de prevención y control han tenido un alcance limitado (Ross 2013; Basto-Abreu y otros 2020; Rojas-Martínez, y otros 2018; Campos-Nonato, Hernández-Barrera, Flores-Coria, Gómez-Álvarez, y Barquera, 2019), pues un amplio porcentaje de personas no alcanzan las metas de su control (OPS 2017) debido a la reducida proporción de la población que se adhiere al tratamiento (OMS 2003); abandonan relativamente rápido el régimen prescrito (Traylor, Schmittiel, Uratsu, Mangione, y Subramanian 2010); no lo realizan de acuerdo a las recomendaciones médicas (Brown y Busell, 2011; Murdoch, Salter, Cross, Smith, y Poland 2013); no inician los tratamientos (OMENT, 2018); tampoco realizan actividades de prevención o modificaciones en sus hábitos (Rojas-Martínez y otros, 2018; Lozano, 2019; OCDE, 2019); y presentan un uso reducido de servicios médicos preventivos (INEGI-INSP-Secretaría de Salud, 2020b) para controlar y evitar las complicaciones derivadas de estas enfermedades. De hecho, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) reporta que menos del 10% de las personas que padecen una enfermedad no transmisible tienen un control exitoso.

Por otra parte, se ha encontrado una reducción significativa, de alrededor del 30% en la vigilancia de la diabetes mellitus tipo 2 (recibir al menos cuatro consultas médicas al año), entre el 2012 al 2018; así como una reducción en la detección de factores de riesgo cardiovascular (Flores-Hernández, Acosta-Ruiz, Hernández-Serrato, Delgado-Rodríguez, y Reyes-Morales 2020). En tanto que la OCDE (2019) reporta que en la región de Latinoamérica y el Caribe los comportamientos poco saludables presentan alta prevalencia, por lo que únicamente el 35% de la población realiza suficiente actividad física; el consumo diario de frutas y verduras está por debajo de los recomendados en todos los países; mientras el consumo de azúcar es más alto. Casi uno de cada cuatro hombres y cerca de una de cada diez mujeres de 15 años o más fuman; y el consumo promedio de alcohol aumentó en 3% entre 2010 y 2016. Entonces, en cuanto a factores de riesgo, comparados con el promedio de los países miembros de la OCDE, México se encuentra por debajo en cuanto a tabaquismo y consumo de alcohol, pero muy por arriba en lo que se refiere a sobrepeso y obesidad. Mientras que Rojas y otros (2018) encontraron que casi la mitad de la población con diagnóstico previo de diabetes no realiza ninguna medida preventiva e incluso los hábitos alimenticios y la actividad física se redujo en proporción, respecto del período 2012 a 2016.<sup>38</sup>

De hecho, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) MC 2016 se afirma que “debido a las consecuencias que ocasiona en la salud de la población, deben intensificarse los esfuerzos del sistema de salud para mejorar la prevención y los medios de control de quien ya la padece” (INSP 2016,7). Sin embargo, para el 2018 las prácticas de prevención no han mejorado, como se puede observar en los resultados de la ENSANUT 2018-19, pues el porcentaje de personas que hacen uso de servicios médicos preventivos ha sido bajo y en algunos

---

<sup>38</sup> De acuerdo al estudio, las personas que vivían con diabetes para 2016 (hombres 21.8%; mujeres 22%) modificaron su dieta en menor proporción, en comparación con 2012; mientras que el aumento de actividad física en 2012 para hombres fue de 11.5% y 9.4% para mujeres y en 2016 fue de 8.8 y 8.7% respectivamente (Rojas y otros 2018).

casos ha disminuido con respecto a la edición del año 2012 (INEGI-INSP-Secretaría de Salud, 2020b).

En el caso de algunas complicaciones derivadas de la diabetes, como las úlceras, amputaciones, visión disminuida, pérdida de la vista e infarto se ha encontrado que han venido aumentando entre la población desde el año 2006, aun si la diálisis y el coma diabético se han reducido mínimamente (INSP 2016).

*Tabla 3 Tendencia de complicaciones derivadas de enfermedades crónicas en México (2006-2016)*

	2006	2012	2016
Úlceras	6.8%	7.2%	9.1%
Amputaciones	1.9%	2%	5.5%
Visión disminuida	45.4%	47.6%	54.5%
Daño en la retina	12.8%	13.9%	11.2%
Pérdida de vista	6.4%	6.6%	9.9%
Diálisis	1.5%	1.4%	1.2%
Infarto	2.2%	2.8%	3.2%
Coma diabético	2.4%	2.9%	1.7%

Fuente: Elaboración propia con base en información de la ENSANUT MC 2016 (INSP 2016).

### **Padecimientos crónicos y vejez**

Tanto los cambios demográficos como el comportamiento epidemiológico resultan aun más grave en la población mayor si consideramos la elevada prevalencia de enfermedades crónicas (Rojas-Martínez, y otros 2018) y multicomorbilidad que pueden enfrentar (Gutiérrez, Agudelo, Medina, y Giraldo, 2016; García-Peña y González 2013; He, Goodkind, y Kowal 2016; Prince, y otros, 2015) y que incluso se agrava a medida que se incrementa la edad. De hecho, entre la población mayor, se ha encontrado un aumento con respecto al 2012 en los tres

padecimientos más prevalentes (hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia) de 0.8% para la diabetes, 2.4% para la hipertensión arterial y 5.1% para la hipercolesterolemia; mientras que la multicomorbilidad se encuentra en el orden del 55.6%, por lo que se puede decir que una de cada dos personas mayores padecen comorbilidad (Salinas-Rodríguez, De la Cruz-Góngora, y Manríquez-Espinoza 2020).

Es así que, de acuerdo con información de la ENSANUT 2018-19, el grupo de edad que presenta mayor prevalencia de algún problema de salud es la población de 80 años o más (INEGI-INSP-Secretaría de Salud 2020b). Incluso, se ha observado que, en nuestro país, en el periodo del 2001 al 2012, la disfuncionalidad en actividades de la vida diaria aumentó entre la población de 50 años y más; mientras que el riesgo de discapacidad se duplica entre las edades de 65 a 85 años (Rodríguez, Birkelbach, y Wong 2020). De hecho, entre la población de 60 años y más -de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020- la discapacidad es del 18.3% (INEGI, 2021f). A pesar de que en la región de las Américas los años de vida perdidos debido a mortalidad prematura se han reducido entre 1990 a 2017, en el mismo período de tiempo los años de vida con discapacidad pasaron del 26% al 39% (OPS 2020); esto indica que a pesar de que se puede vivir más esto se hace con alguna condición de discapacidad por más tiempo.

### **Recursos económicos y acceso a servicios sanitarios**

Entonces, hay que decir que esta situación ha dado lugar a un proceso progresivo de pérdida de las capacidades físicas y sociales que terminan finalmente con la muerte de los sujetos en edades avanzadas en la que los propios ancianos y sus familias deben hacer frente a las labores y costos de atención y cuidado de los padecimientos, sus complicaciones y dependencia. México y Turquía, entre los países miembros de la OCDE (2019), son las naciones que tienen los gastos más bajos en salud. En nuestro país, de acuerdo a información de la OCDE (2019) se gasta sólo el 5.5% del PIB en salud; monto muy inferior al promedio de los países



miembros del Organismo. Algo similar ocurre en el número de médicos y enfermeras, pues por cada 1000 habitantes sólo se cuentan con 2.4 facultativos y 2.9 personas que se dedican a la enfermería; mientras que en la OCDE el promedio es de 3.5 y 8.8 correspondientemente.

En tanto, que de los servicios hospitalarios únicamente el 52% es cubierto por esquemas de gasto gubernamental o seguro médico obligatorio. Es entendible que el gasto bolsillo en salud para México sea uno de los más elevados y constituye el 45% de los ingresos del sistema de salud y 4% del gasto de los hogares. Montos que se encuentran por arriba de otros países miembros de la OCDE. Incluso este Organismo señala que este gasto no ha disminuido de manera significativa en la última década a pesar de las acciones para la universalidad de la salud (OCDE, 2016). Esto ha representado en el 5.5% de los hogares un gasto catastrófico en salud, es decir, un gasto que sobrepasa un porcentaje predefinido de recursos disponibles en un hogar para servicios de salud; afectando principalmente al quintil de ingreso más bajo (OCDE, 2019).

Esto es entendible, en el caso de las personas mayores, si se considera que en el país sólo alrededor una cuarta parte de las personas mayores cuentan con una pensión contributiva (Ham-Chande 2011; International Labour Office 2014; OCDE 2016; HelpAge International 2015). La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2016, reporta que el 31% de personas de 65 años y más tuvo un ingreso por pensión o jubilación bajo el esquema de Beneficio Definido (CONSAR, 2017). Mientras que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) reporta que actualmente a nivel federal el sistema de pensiones cubre a 10.8 millones de personas y que únicamente el 30% de personas mayores reciben algún tipo de pensión contributiva cuando, por nivel de ingreso, debería tener una cobertura contributiva de entre 45% y 50% de las personas mayores. Por ello, las pensiones no contributivas han cobrado relevancia al alcanzar una cobertura del 75% de personas mayores para el 2016 (Azuara, Bosch, Garcia-Huitrón, Kaplan, y Silva 2019). Cabe decir, que en el país los principales ingresos

de esta población provienen de las pensiones por jubilación y lo apoyos de programas económicos (CONEVAL 2020). Pero, como advierte el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2020), si bien siete de cada 10 personas de 65 años o más reciben ingresos (para 2018) por pensión o jubilación o por programas sociales, la condición de recibirla no erradica la condición de pobreza entre esta población.

*Tabla 4. Fuente de ingreso y monto mensual en población de 65 años y más, 2018*

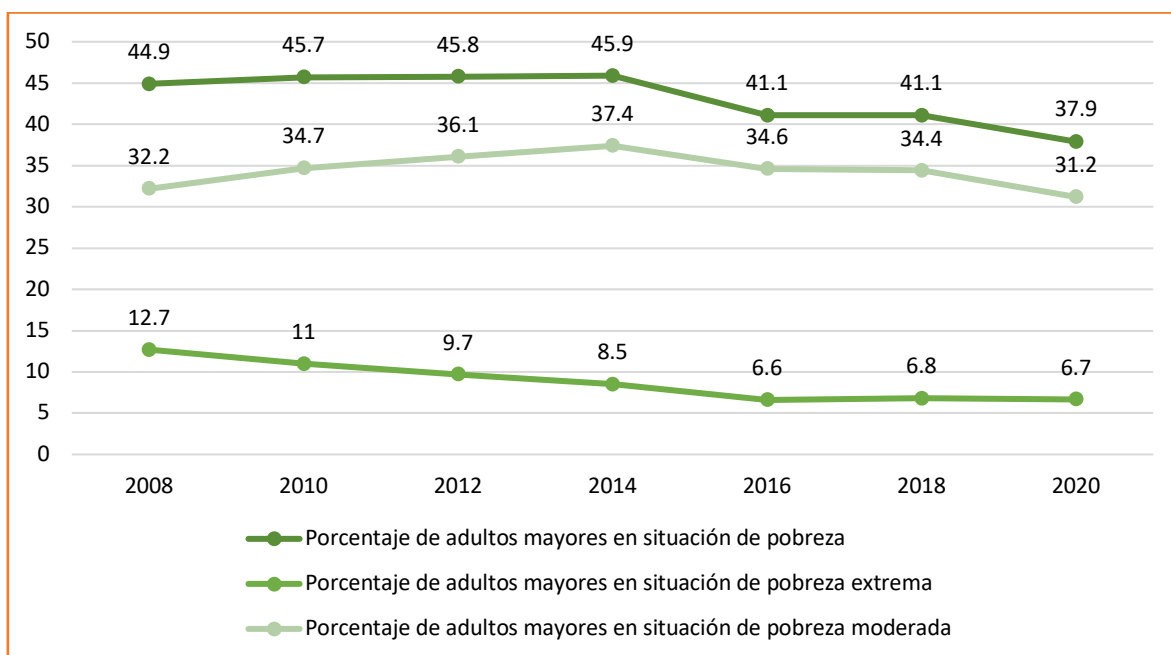
Fuente de ingreso	Porcentaje de población de 65 años o más que recibe ingreso por el concepto	Promedio de ingreso mensual por concepto
Remuneración por trabajo subordinado	12%	\$5,399
Ingreso por trabajo independiente	16.2%	\$2,263
Otros ingresos provenientes del trabajo	2.9%	\$1,166
Ingreso por renta de propiedad	5.3%	\$7,177
Transferencia por jubilación	30.9%	\$5,878
Transferencia por programas sociales (pensión no contributiva)	43.2%	\$550
Transferencia de otros hogares	19%	\$1,152
Otras transferencias	4.9%	\$1,554

Fuente: Elaboración propia con base en información CONEVAL (2020).

Con este panorama no resulta extraño que en nuestro país un amplio porcentaje de la población mayor se encuentre en condiciones de pobreza y pobreza extrema (CONEVAL, 2019). De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para el año 2020, el 37.9% de la población de 65 años o más se encontraba en condiciones de pobreza (4.5 millones de personas); de estos, el 31.2% (3.7 millones) vive en situación de pobreza moderada (población con ingreso inferior al valor de la línea de pobreza por ingresos y que padece al menos una carencia social -rezago educativo, acceso a los servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación nutritiva y de calidad-) y el 6.7% (0.8 millones de personas) en pobreza extrema (grupo de población que dispone de ingreso tan bajo que, aun si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría

adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana; además, presenta al menos tres de las seis carencias sociales) (CONEVAL, 2021).

Gráfica 11. Proporción de población de 65 años y más en condición de pobreza 2008-2020



Fuente: Elaboración propia con base en información del Coneval, (CONEVAL, 2019) (CONEVAL, 2021).

Con base en información del Censo de Población y Vivienda, 2020 (INEGI, 2021e), en el país sólo el 73.5% de la población se encuentra afiliada a servicios de salud. La principal institución de afiliación es el Instituto Mexicano del Seguro Social (51%) seguido del INSABI (35.5%) y luego el ISSSTE (8.8%), a continuación, alguna institución privada (2.8%), PEMEX/Defensa/Marina (1.3%), otra institución (1.2%) e IMSS Bienestar (1%). En el caso de la Ciudad de México, el panorama es similar, pues el 72.6% de la población se encuentra afiliada a algún servicio de salud. De la misma forma que en el caso nacional, el IMSS es la principal institución de adscripción con 58%, seguida del INSABI (18%), el ISSSTE (17%), institución privada (6.6%), PEMEX/Defensa/Marina (1.6%), otra institución (1.4%) e IMSS Bienestar (0.3%). De acuerdo a información del Boletín Informativo ENASEM:20-2, en nuestro país el 8.5% del grupo de edad de 60-79 años y el 9.9% de los de 80 y más no cuentan con cobertura de seguro médico (Avila, Michaels-Obregón, y Wong, 2020). En la Ciudad de México el 78.8% de la población de 60 años y más

es derechohabiente a servicios de salud. Es el Instituto Mexicano del Seguro Social la institución pública que cuenta con el mayor número de derechohabientes de edad avanzada (60%); en segundo lugar, se encuentra el Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (28%); y en tercer lugar se encontraba el Seguro Popular<sup>39</sup> (7.7%) (Huenchuan y Rodríguez, 2015)

### **El camino a la Campestre Aragón**

#### **Alcaldía Gustavo A. Madero**

La Delegación Gustavo A. Madero se encuentra ubicada en el extremo noreste de la Ciudad de México, sus coordenadas son longitud oeste: 99° 11' y 99° 03' y latitud norte: 19° 36' y 19° 26'. Tiene sus límites al norte con los municipios de Tlalnepantla, Tultitlán, Coacalco y Ecatepec pertenecientes al Estado de México; en varios tramos el cruce del Río de los Remedios constituye el límite físico más evidente y en otras es el Periférico Norte. Al sur colinda con las alcaldías Cuauhtémoc y Venustiano Carranza. La superficie de la alcaldía es de 8,662 has. y representa el 5.8% del área total de la Ciudad de México. La zona urbanizada comprende 7,623 manzanas dividida en 10 subdelegaciones formadas por 194 colonias de las cuales 6 son asentamientos irregulares, 34 son unidades habitacionales (que por su magnitud se consideran como colonias) y 165 son barrios o fraccionamientos. Cuenta, según datos del INEGI, con 340 155 viviendas particulares habitadas, en las cuales viven un promedio de 3.4 personas y en promedio 0.8 personas ocupan una habitación (INEGI, 2021f).

De acuerdo al INEGI (2021f), la Alcaldía Gustavo A. Madero cuenta para el año de 2020 con una población de 1, 173, 351 personas, lo que representa el 12.7% de la población de la Ciudad de México (CDMX). En cuanto a la relación por sexo, hay 92. 5 hombres por cada 100 mujeres. Entre su población sólo el 1.25% habla una lengua indígena y de estos, sólo el 0.77% no habla español. En tanto que la población que se considera afroamericana únicamente es el 1.85% de sus

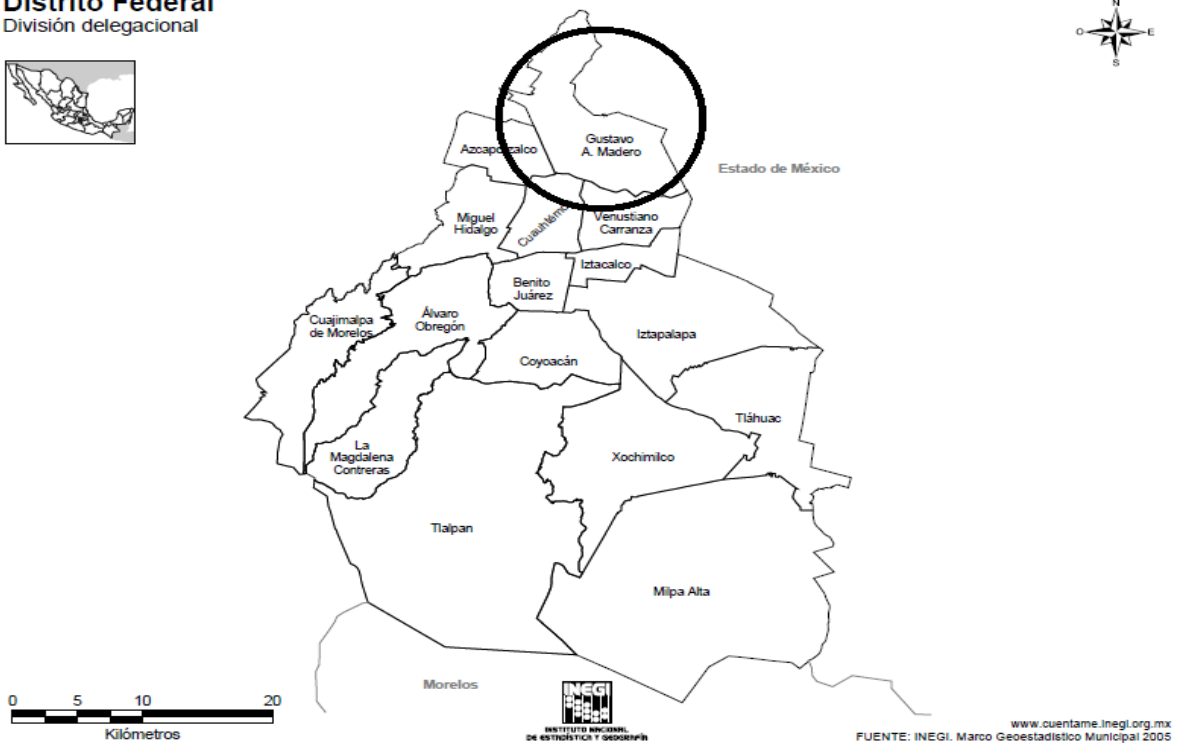
---

<sup>39</sup> Actualmente el Seguro Popular ha sido sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

habitantes. El 29.9% de los habitantes mayores de 12 años de la Alcaldía se encuentran casados, mientras que el 38.2% son solteros, en unión libre se hallan 16.1%, viudos el 6.1% y divorciados 3%.

*Ilustración 1. Ubicación de la Alcaldía Gustavo A. Madero en la CDMX*

**Distrito Federal**  
División delegacional



Entre sus habitantes, el 61.3% es población económicamente activa (55.6% hombres y 44.4% mujeres) de estos el 97.6% se encuentran trabajando. Entre la población no económicamente activa, principalmente se encuentran los estudiantes, las personas dedicadas a las labores del hogar, pensionados o jubilados y personas con alguna limitación física. En lo referente a sus características educativas, el principal nivel educativo es la educación básica (37.4%), seguida de la educación superior con 30.9% y únicamente el 2,5% sin escolaridad. La tasa de alfabetización ente la población de 15 a 24 años es del 99.1% y esta se reduce mínimamente entre la población de 25 años o más.

Esta Alcaldía cuenta con los principales servicios y equipamientos, pues en el 92.7 de viviendas se cuenta con agua entubada; en el 99.9% de la localidad tiene

drenaje; hay un 99.8% de servicios sanitarios; y en un 99.9% se cuenta con electricidad. En cuanto a la disponibilidad de bienes, la mayoría de la población cuenta con refrigerador (93.6%) y lavadora (81.5%) y en menor proporción con automóvil propio (42.2%). El 90.3% de sus habitantes cuentan con teléfono celular y el 72.5 % con acceso a internet; mientras que el 54.6% tienen una computadora (INEGI, 2021f).

En cuanto a condiciones de salud, la población que presenta alguna discapacidad es del 5.9%, la cual se concentra en la población de 60 años y más con un 19.5% (INEGI, 2021f). Alrededor del 25% de su población no cuenta con afiliación a servicios de salud. Pero entre el 74.3% de población afiliada a algún servicio de salud, principalmente lo está al IMSS (63.7%), el INSABI (16.8%), seguido del ISSSTE (16%), alguna institución privada (2.3%), otra institución (1.8%), PEMEX/Defensa o Marina (0.8%) o el IMSS Bienestar (0.2%). Acerca de las unidades médicas en la Alcaldía, se puede observar que entre las de primer y segundo nivel hay un total de 53 (SEDESA, 2020).

*Tabla 5 Servicios de salud públicos en la Alcaldía Gustavo A. Madero*

Primer Nivel	Centros de Salud			U. M. de atención a población en situación de calle	Medibuses	Caravanas de Salud	Unidades de Salud de Detección Oportuna	Unidades Médicas Especializadas. Centro de Atención para la Prevención de Adicciones	Agencias del MP	Total
	T-I	T-II	T-III							
	18	8	5	1	1	1	2	4	7	47
Segundo nivel	Generales	Pediátricos	Materno Infantiles	Reclusorios						6
	2	2	1	1						
										53

Fuente: Elaboración propia con base en información de SEDESA (2020).

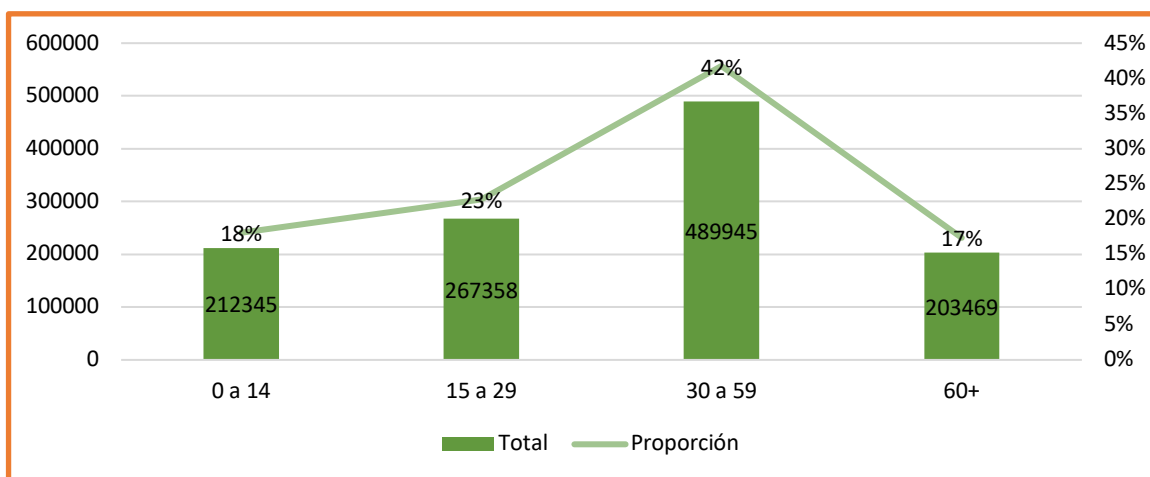
La capacidad instalada en las unidades médicas hasta el 2018 era de 391 camas censables y 213 no censables y 50 incubadoras. En cuanto a consultorios se encontraban un total de 268, de los cuales 130 eran generales, 34 odontológicos, 95 especializados y 9 clasificados como otros; se contaba, además, con 15

laboratorios de análisis clínicos y 2 de patología; 12 gabinetes y 21 equipos de rayos x (incluyendo móviles y fijos). Se contaba además con 16 salas de operación, 5 de expulsión y 2 servicios de transfusión con captación.

En cuanto a recursos humanos, para este mismo año, se contaban con 4,144 recursos, distribuidos de la siguiente manera: 1,187 médicos, 1,442 enfermeras, 203 de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, 343 en otros profesionales, 819 administrativos y 450 en otro personal. Entre los médicos se contaba con 484 especialistas, de los cuales 37 son internistas, 64 ginecobstretas, 47 cirujanos, 1 endocrinólogo y 1 urólogo. En esta no se reportan ningún geriatra (SEDESA, 2020).

La población de 60 años y más en esta Alcaldía representa el 17% de la población. En orden de importancia es la sexta Alcaldía de la Ciudad de México con mayor densidad poblacional detrás de Iztacalco, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Iztapalapa y Venustiano Carranza (SEDESA, 2020). Si bien esta Alcaldía tiene un perfil poblacional donde predominan la juventud, tiene una cantidad importante de personas mayores. De estas, el 43% son hombres y el 57% corresponden a mujeres.

Gráfica 12. Total y proporción de grupos de edad en Alcaldía Gustavo A. Madero, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en información del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2021e).

Esta Alcaldía ocupa el octavo lugar en el índice de envejecimiento (relación de la población de 60 años y más, entre la población de 0 a 14 años) a nivel Ciudad de México. En el caso de la razón de dependencia de vejez (el cociente de la

población de 65 años o más entre la población de 15 a 64 años) mantiene el quinto lugar. Presenta una razón de dependencia de 43. 1 (sin desagregar la dependencia por grupo de edad).

Tabla 6. Índice de envejecimiento y razón de dependencia por Alcaldía, 2020

Posición	Alcaldía	Índice de Envejecimiento	Alcaldía	Razón de dependencia total	Razón de dependencia vejez
1	014 Benito Juárez	170.45	003 Coyoacán	42.02	20.91
2	003 Coyoacán	138.61	014 Benito Juárez	35.12	19.17
3	016 Miguel Hidalgo	113.79	002 Azcapotzalco	40.84	17.89
4	015 Cuauhtémoc	112.39	017 Venustiano Carranza	42.55	17.44
5	002 Azcapotzalco	111.77	005 Gustavo A. Madero	43.17	17.25
6	006 Iztacalco	102.30	006 Iztacalco	41.37	17.15
7	017 Venustiano Carranza	101.13	016 Miguel Hidalgo	38.08	16.96
8	005 Gustavo A. Madero	95.82	015 Cuauhtémoc	37.12	16.15
9	010 Álvaro Obregón	89.91	010 Álvaro Obregón	40.83	15.57
10	012 Tlalpan	84.31	008 La Magdalena Contreras	42.18	14.97
11	008 La Magdalena Contreras	80.36	012 Tlalpan	40.95	14.92
12	007 Iztapalapa	71.44	007 Iztapalapa	41.82	13.47
13	013 Xochimilco	68.49	013 Xochimilco	41.55	13.03
14	004 Cuajimalpa de Morelos	56.95	004 Cuajimalpa de Morelos	39.91	10.78
15	011 Tláhuac	54.96	011 Tláhuac	40.81	10.63
16	009 Milpa Alta	45.27	009 Milpa Alta	44.55	10.17

Fuente: Elaboración propia con base en Información del Censo de Población y Vivienda, 2020 (INEGI, 2021e)

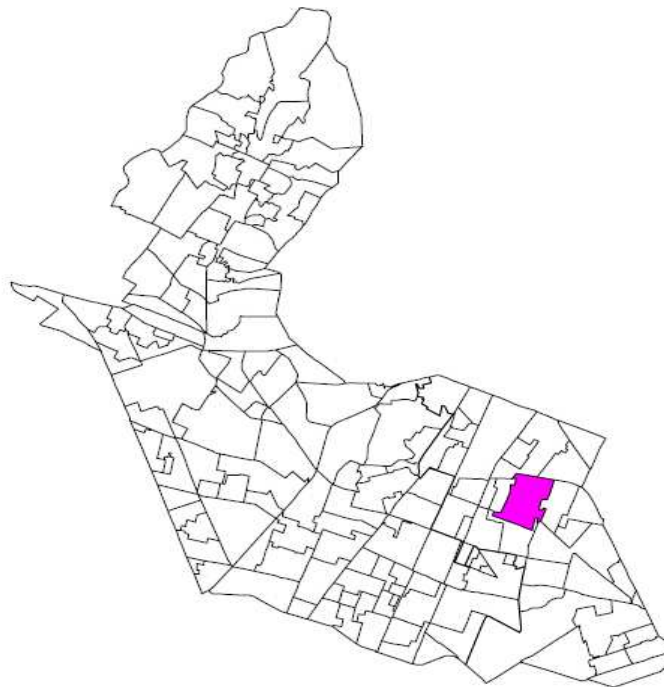
## La Campestre Aragón y los participantes

Dentro de esta Delegación se encuentra la colonia Campestre Aragón que está ubicada al oriente del Edificio Delegacional, con una distancia aproximada de 4.4 Kms. La ubicación geográfica de la colonia es latitud 19.4862° Norte; longitud 99.0778° Oeste; altitud 2238 mts. Colinda con las colonias 25 de Julio y San Felipe



de Jesús al norte; Casas Alemán al sur; Providencia y Ampliación Providencia al este; y La Esmeralda al Oeste. La Colonia está delimitada hacia el sureste por la Avenida José Loreto Favela y al norte por la Avenida Villa de Ayala; las demás delimitaciones son vías secundarias, hacia el oriente la Calle Baja California y Camino de la Unión; al norte la Avenida República Mexicana; en tanto que al oeste se encuentra limitada por las calles Camino de la Secretaría y por Puerto Acapulco; finalmente, la Avenida Camino de la Liga la limita la sur.

*Ilustración 2. Ubicación de la colonia Campestre Aragón en la Alcaldía Gustavo A. Madero*



En las calles principales es posible observar una dinámica mixta del uso del suelo, pues se encuentran tanto espacios residenciales como de comercio y servicios. Los principales negocios son familiares y se dedican al comercio en pequeña escala de abarrotes, materias primas, material de electricidad y de tlapalería, algunas farmacias, talleres mecánicos, de herrería y tiendas diversas. También es en estas calles y cerca del mercado donde se encuentra ubicado el poco comercio informal que hay en la colonia, representado por venta de pollo, comida y discos apócrifos. Aunque cada miércoles en la avenida Camino Parque

Central se instala un tianguis que tiene su origen en la colonia Esmeralda y termina en la colonia Providencia.

Los otros espacios de alta concentración son la Iglesia de Santa Cecilia y la Parroquia de San Martín de Porres, la primera ubicada en la calle Camino del Éxito y la segunda en Camino de la Enseñanza. Ambas iglesias se hallan en las orillas de la colonia y son muy representativas para los adultos mayores quienes asisten a los servicios dominicales. En cuanto a las instituciones educativas en la colonia se encuentran tres escuelas de nivel preescolar, tres escuelas primarias y una a nivel secundaria, las cuales son las construcciones superficiales más grandes de la zona.

La Colonia presenta un escenario urbano. En la zona no existen áreas agrícolas ni de cría de animales ni industriales y tampoco de servicios, por lo cual presenta una gran movilidad ocupacional a otras partes de la Ciudad de México y su área conurbada. El paisaje totalmente urbanizado y habitacional no presenta espacios verdes, sólo algunos árboles en las aceras. Dentro de la colonia no es posible ubicar plazas, jardines o áreas verdes; aunque en la colonia vecina, Providencia, se encuentra el Deportivo Los Galeana, el cual sólo se encuentra al cruzar la avenida Loreto Favela. En el Deportivo hay diferentes áreas para realizar distintas disciplinas deportivas y zonas para ejercitarse; aunque hay árboles en realidad son muy pocos. A no mucha distancia, aproximadamente 2 kms., hacia el sur de la colonia, se encuentra el Bosque de San Juan de Aragón, el cual representa el pulmón verde más importante de la zona

Esta urbanización está formada por 91 manzanas que se encuentran fraccionadas en lotes. Los terrenos tienen una dimensión de 8 mts. de frente por 22 mts. de largo, lo cual ha permitido que se construyan varias viviendas en los predios, donde principalmente residen los hijos con sus familias, formando de esta manera unidades domésticas con familias extensas; es decir, con grupos sociales formados por dos o más familias nucleares con parentesco entre ellas y las cuales pueden cohabitar la misma unidad doméstica o residir en otra unidad dentro del mismo predio. Las casas en la zona son amplias, generalmente de una planta baja y un

primer piso. Los materiales de construcción son concreto y tabique para las paredes, los techos con losa de concreto y pisos firmes con mosaicos u otros materiales, sólo se encuentran pocas casas con techos de materiales ligeros o precarios como la lámina.

Ilustración 3. Campestre Aragón



Fuente: Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal: <http://centro.paot.org.mx/index.php/marconormativo/programasdf>

Los servicios médicos que se encuentran en la colonia son consultorios privados y dependientes de las farmacias similares. En las colonias vecinas, sin embargo, se encuentran centros de salud del Gobierno de la Ciudad de México, el más cercano es el de la Esmeralda. En una colonia, perteneciente al Estado de México, se encuentra una clínica familiar del ISSSTE; en tanto que en la Colonia San Juan de Aragón está la clínica 94 del Seguro Social y para los servicios de emergencias se encuentra el Hospital General de Zona No 29 en la misma colonia, pero diferente sección. Por tal razón para ser atendidos en el sistema biomédico deben dirigirse a otras colonias o recibirla en algún consultorio adjunto a farmacia, lo cual representa un gasto en recursos económicos y de tiempo para los vecindados en la Campestre Aragón. También se pueden localizar casas, sin que ninguna cuente con rótulos o señales específicas, donde se pueden encontrar huseros e inyectoras, los cuales son los principales representantes del modelo

de atención tradicional. Sin embargo, para poder encontrarlos se precisa de la recomendación e indicaciones de alguna persona que los conozca.

De acuerdo con la información recabada se puede señalar que el 72% de las entrevistadas eran mujeres mayores. La edad promedio de las personas mayores era de 79.5 años. Hay que mencionar que debido a que los participantes fueron captados entre los derechohabientes de la Pensión Universal Alimentaria del IAAM-D.F., la edad mínima que tenían estas personas es de 68<sup>40</sup> años. En cuanto al grado de estudios, 5 no contaban con estudios; 2 con primaria incompleta; 9 con primaria completa; y sólo 1 contaba con estudios de secundaria. En cuanto al estado civil, 9 eran casados y 8 viudos.

Se halló que en 12 familias las personas mayores se encontraban afiliadas a servicios de salud y el resto (5 casos) no contaba con servicios de salud. Entre quienes se encontraban afiliados, en 4 casos se debía a un derecho laboral como extrabajadores, en 1 caso se había afiliado por cuenta propia al, entonces, Seguro Popular y en el 55.56% de los casos (7 personas mayores) habían sido afiliadas por algún familiar. En uno de los casos, Socorro, se encontraba adscrita a dos servicios médicos, como beneficio de sus familiares, tanto en el IMSS como en el ISSSTE. Es preciso advertir que, entre las personas mayores entrevistadas, aquellas que presentaban limitaciones en la funcionalidad y no se encontraban afiliadas a ningún servicio médico podían recibir atención por parte del IAAM DF a través de su programa de Visitas Médicas Domiciliarias, pero, en algunos casos, las personas mayores a pesar de contar con acceso a servicios médicos también recibían atención de este programa.

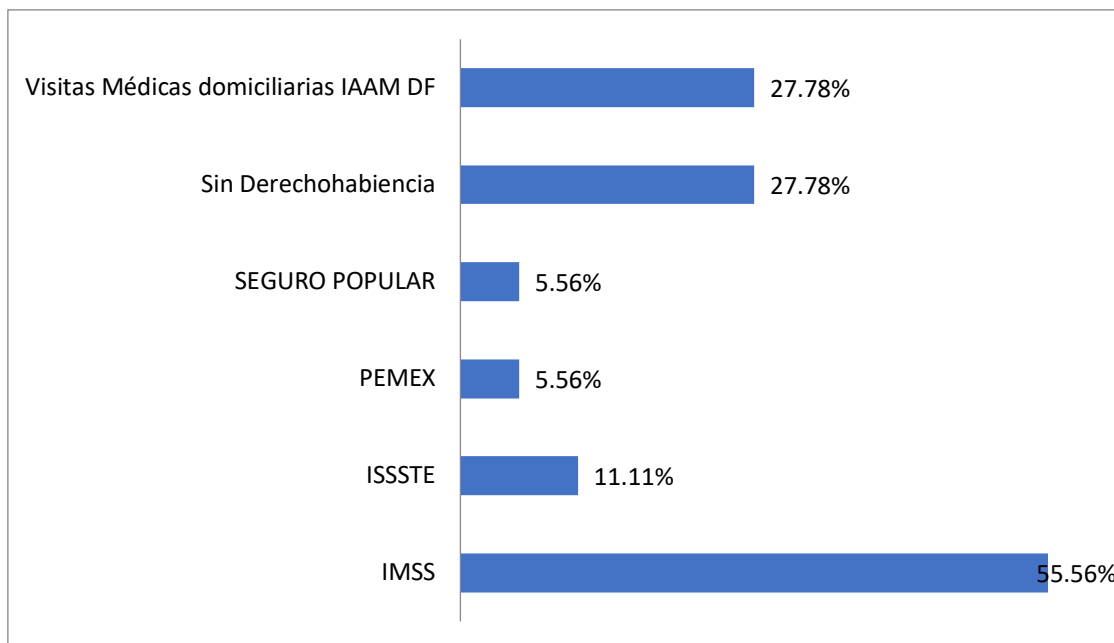
Sin embargo, lo que se puede observar es que el IMSS es la institución más importante en la atención a las personas mayores. Entre quienes no cuentan con servicios médicos asisten principalmente a los Centros de Salud de la Ciudad de México para atención de primer nivel como el de la Esmeralda, que es el más

---

<sup>40</sup> Actualmente la Pensión Bienestar ha reducido la edad a 65 años.

cercano a la Campestre Aragón; o a los servicios de la Secretaría de Salud, en caso de requerir atención de segundo y tercer nivel. Por ejemplo, entre estas familias, el principal hospital de referencia es el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México.

Gráfica 13. Afiliación a servicios de salud en los participantes



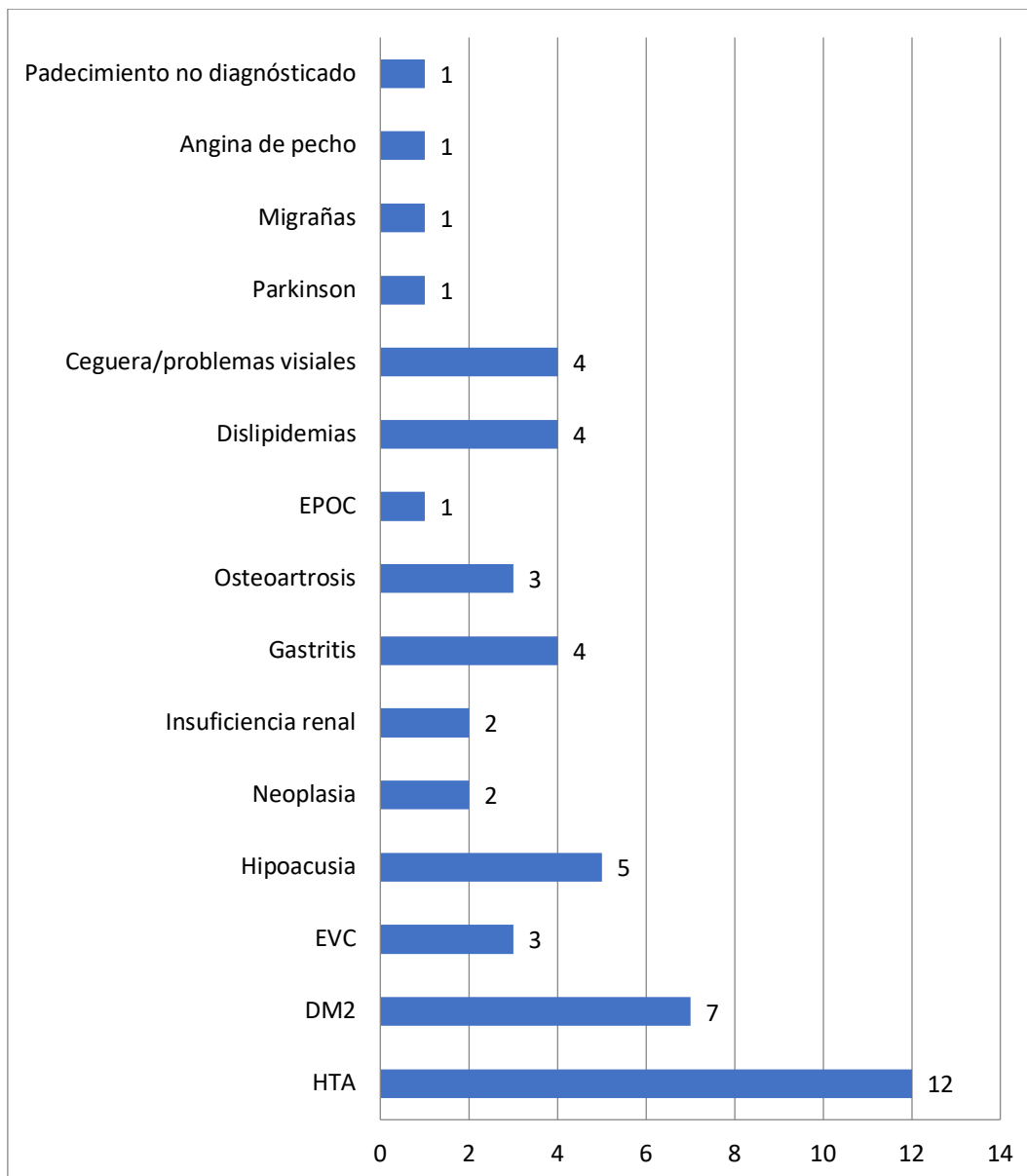
Fuente: Elaboración propia con base en información etnográfica. Los datos superan el 100% debido a que en hay casos en los que reciben atención de más de una institución.

Las condiciones de salud resultan graves, pues sólo 5 son totalmente independientes y reportan no requerir de cuidados. Las actividades instrumentales de la vida diaria que presenta mayor limitación es la de transporte fuera del domicilio. En cuanto a las básicas, la ducha y el vestido son las que presentan mayor limitación, pero en 3 casos requieren de ayuda para ser alimentados, lo que representa el estado de mayor dependencia.

En las familias con las que se trabajó se encontraron diversos padecimientos crónicos, entre los que destacan las cardiopatías, cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades osteomusculares, enfermedades digestivas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, con menor proporción enfermedades bucodentales. Todas éstas representan, no sólo

en México sino en el mundo, una porción sustancial de la carga de morbilidad. Aunque también se han encontrado otros padecimientos o síndromes de filiación cultural, como el daño negro, brujerías, enfermedades producidas por el aire y los nervios. El 88% de ellos reportan más de un padecimiento crónico. Entre los padecimientos con mayor prevalencia se encuentran la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

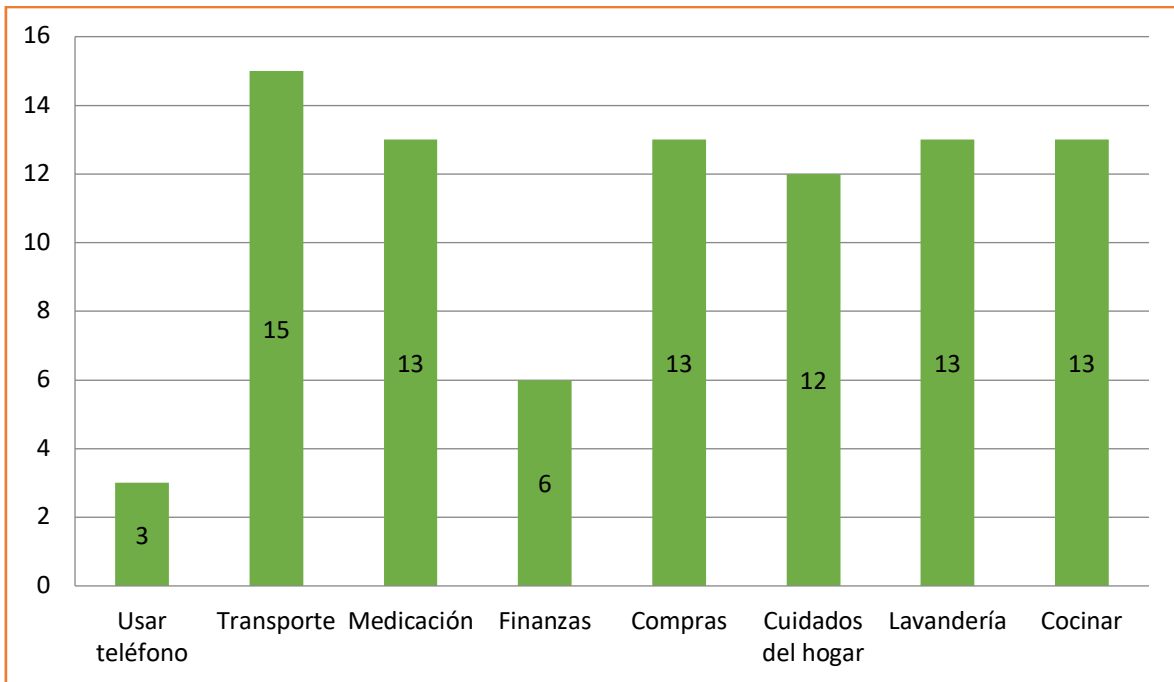
Gráfica 14. Padecimientos reportados por participantes



Fuente: Elaboración propia con base en información etnográfica

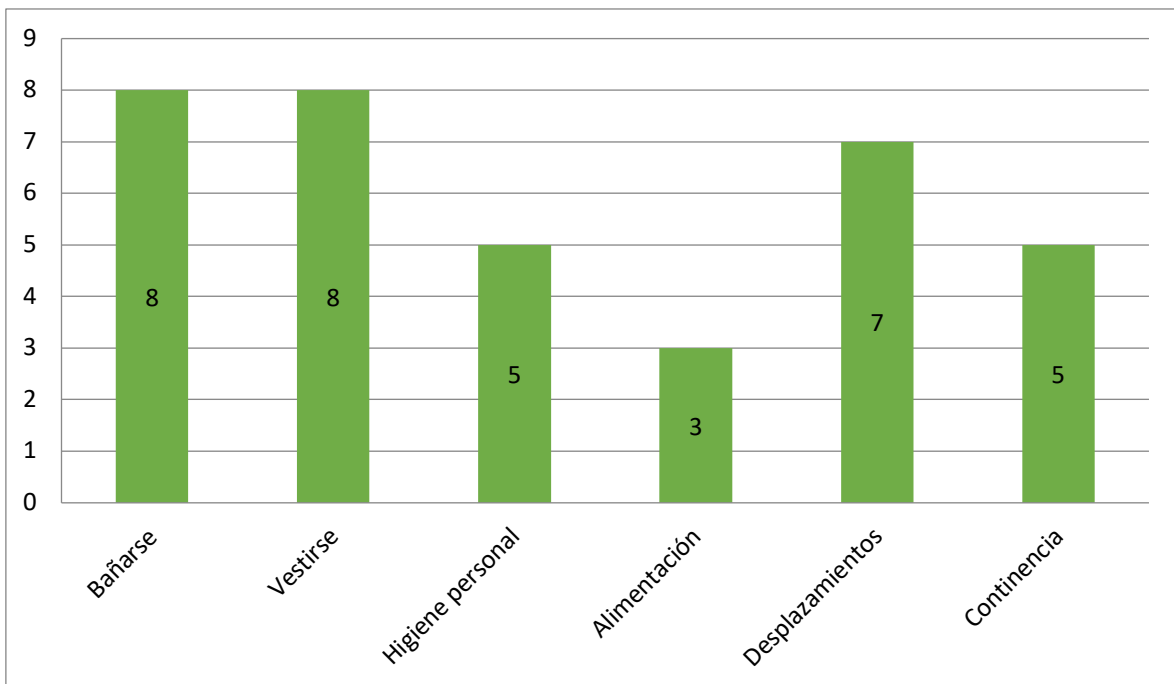
Por otra parte, en lo que respecta a los ingresos de las personas mayores son claras las limitaciones y complicaciones para hacer frente a los padecimientos crónicos. Entre las personas mayores con las que se realizó la investigación únicamente el 38.89% (7 casos) contaba con un ingreso propio; entre estos, la mayoría (5 casos), se debía a una pensión, una de las cuales, el caso de Altagracia, correspondía a pensión por viudez. Los otros dos casos recibían ingresos por la renta de cuartos en sus propias viviendas. El promedio de ingreso mensual entre estas personas era de \$4,428.50 pesos mensuales, donde Alberto, que recibía una pensión como ex-trabajador de Pemex, recibía un monto mensual de alrededor de los \$8,000 pesos, mientras que Nena, quien trabajó en una fábrica recibía por parte del IMSS una pensión de sólo \$1,500 pesos mensuales. Entre quienes no contaban con un ingreso propio recibían apoyos de sus familiares principalmente y en segundo lugar de importancia estaban los programas de gobierno como la Pensión Universal Alimentaria del Gobierno de la Ciudad de México y sólo en un caso se encontró la Pensión para Adultos Mayores del Gobierno Federal. En cuanto a la condición laboral de estas personas hay que decir que sólo Altagracia y Chela pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA), pues la primera ocasionalmente sale a vender diversos productos en el tianguis de la Campestre Aragón y Chela trabaja en una tienda de abarrotes junto a su familia sin recibir un salario. Sin embargo, Altagracia realiza su labor en la informalidad y por cuenta propia. Los demás, 15 casos, pertenecen a la Población No Económicamente Activa (PNEA) y de hecho todos se encuentran en condición de no disponibilidad, es decir que no buscan un empleo, pues sus condiciones de funcionalidad y salud no se lo permiten.

Gráfica 15. Requieren ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria



Fuente: Elaboración propia con base en información etnográfica

Gráfica 16. Requieren apoyo en las Actividades instrumentales de la vida diaria



Fuente: Elaboración propia con base en información etnográfica



## **CAPÍTULO 4. RESPONSABILIZAR A LAS PERSONAS MAYORES CON PADECIMIENTOS CRÓNICOS: EL SUJETO DEL AUTOCUIDADO.**

El mandato biomédico permite encontrar una vía de análisis, descripción y comprensión del proceso de responsabilización si se sostiene que es *una* tecnología de gobierno, *una* entre múltiples formas de conducción de las conductas. El mandato, como tecnología de gobierno, implica la interfaz por medio de la cual se busca conducir la conducta, deseos e intereses, a través de una diversidad de agentes o autoridades que actúan en diferentes sitios, hacia ciertos fines calculados y definidos por una serie de sistemas de veridicción, con las formas en la que los sujetos trabajan sobre sí en la experiencia del padecer crónico. En este capítulo, a través de los datos empíricos obtenidos, se describen y analizan la responsabilización de las personas mayores para la atención del padecer crónico a través de presentar la culpabilización del sujeto, la racionalidad que convierte al anciano en un objeto de gobierno y las tecnologías de autocuidado.

### **Cada quien es responsable de su persona: Culpar a las personas mayores**

Los familiares de Angélica, una mujer de 75 años, que padece de HTA y obesidad, la describían como una mujer activa y “luchona”<sup>41</sup> que siempre había sacado adelante a su familia. Ella había desempeñado muchos trabajos hasta que logró comprar algunos locales en el mercado de la Campestre Aragón, ubicada en la Alcaldía Gustavo A. Madero de la Ciudad de México, lugar donde vive desde hace varios años. Después de mucho tiempo, cuando sus hijos habían llegado a la adultez, contaba con una casa, su situación económica -si bien no era holgada- le permitía vivir y su marido atendía el negocio de bonetería que tenían en el mercado de su colonia, decidió retirarse del trabajo y buscar otras actividades recreativas y deportivas que nunca, por las complicadas condiciones de vida, que hasta entonces había enfrentado, había podido realizar.

---

<sup>41</sup> Trabajadora.

Angélica que había sido diagnosticada con hipertensión arterial -según me contaron sus familiares- siempre asistió a sus citas con el médico y tomó sus medicamentos de acuerdo a las prescripciones y además continuó con las actividades físicas y recreativas. Ella hacía largas caminatas desde las seis de la mañana y practicaba natación en las instalaciones de uno de los centros deportivos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero, al parecer, nadie, ni su médico, ni el personal del lugar donde nadaba, ni las campañas de prevención de las enfermedades crónicas, le advirtieron de los riesgos y las precauciones que debía tomar para realizar estas actividades.

Un día, mientras Angélica nadaba, sufrió un accidente vascular cerebral (AVC). La familia fue avisada y cuando sus hijos y su esposo llegaron por ella, la encontraron sentada en una silla, inmóvil y todavía vistiendo su traje de baño. Esta mujer, a pesar de estar en una institución médica cuando sufrió este evento, no recibió atención ahí y tuvo que ser trasladada a un Hospital ubicado en la zona de La Raza y posteriormente a otro en la Alcaldía Gustavo A. Madero de la Ciudad de México. Aunque no cuento con la información suficiente, es posible suponer que por la demora en la atención las secuelas fueron serias, pues perdió la movilidad en las extremidades superiores e inferiores y sufrió importantes afecciones en la capacidad del habla. Esta mujer -cuando la conocí- se encontraba postrada en cama y uno de sus hijos -quien presentaba evidentes signos de cansancio emocional y físico- la cuidaba. Angélica siempre, a cada visita, con lágrimas en los ojos, pedía que la ayudaran a morir.

Al entrevistar a diferentes facultativos, derivado de las preguntas que había generado el caso de Angélica y otros, ellos solían culpar a la propia persona, pues hacían referencia a que no “obedecían” y, en consecuencia, no habían modificado los “diversos elementos” (que aquí son descritos como tecnologías de autocuidado, pues suponen la individualización y responsabilización de automanejo de los procesos de salud/enfermedad/atención, y que en general se conforman de las siguientes prácticas: búsqueda de atención y asistencia a consultas médicas,

obtención e ingesta de los medicamentos de acuerdo a la prescripción, modificación de comportamientos, consumos y estilos de vida de riesgo) mandatados desde el dispositivo de la biomedicina. Incluso, estos médicos coincidían en que “los pacientes hacen lo que quieren”.

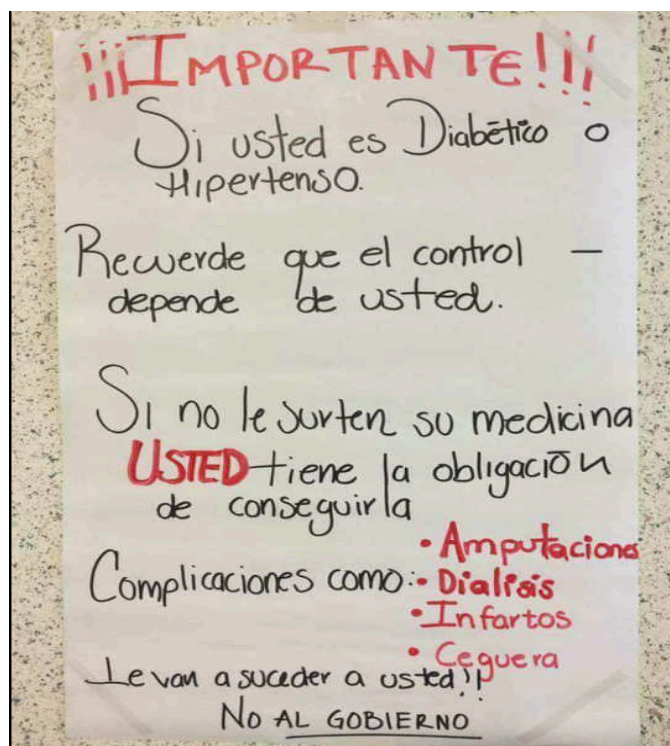
Una de las médicas entrevistadas, que presentaba mucha sensibilidad a las condiciones de las personas mayores, decía: “Hay pacientes que tienen malos hábitos y nunca se checan”, al referirse a las complicaciones que presentan las personas con este tipo de enfermedades. Pero, el caso ejemplar es el de otro de los médicos entrevistados, un nefrólogo, con varios años de experiencia, quien labora en hospitales públicos y privados, y que actualmente no sólo se desempeña en el área clínica, sino que también participa como docente en una de las universidades más importantes del país, pues ha escrito en sus redes sociales: “A ver mis pacientitos... los medicos no podemos curar todo. El éxito de un tratamiento crónico es 99% paciente Vs 1% el medico. Traducción, si un tratamiento de una enfermedad crónica falla no es culpa del medico (sic)”. Este comentario acompaña a una imagen en la que se afirma que las personas con diabetes o hipertensión son las responsables del control de la enfermedad y por ello deben utilizar sus propios recursos para obtener los medicamentos necesarios (Ver ilustración 4 ). Días después este mismo médico, quien en su consulta diaria suele ser atento y servicial, escribió nuevamente un largo comentario (de cual sólo se muestra un fragmento) en el que señalaba:

No tiene nada de malo no querer cuidarse porque *cada quien es responsable de su persona*, no tiene nada de malo no querer tomar su medicamento es más no tiene nada de malo llegar grave y muriendo a urgencias por no haberse atendido a tiempo como sucede en todo el mundo... *Pero lo que sí tiene mucho de malo es que le echen la culpa al médico y que se tornen agresivos a quien está intentando salvar la vida de un error del propio paciente y sus familiares (sic).*<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Los subrayados son nuestros.

Ilustración 4. Recuerde que el control depende de usted



Fuente: Facebook<sup>43</sup> (2017)

En este comentario, donde, a pesar que se reconoce que “en todo el mundo” las personas no se adhieren al tratamiento, ni consultan al médico a tiempo, nuevamente vuelve a culpar al paciente por no asumir su responsabilidad de autocuidado. Parecería que es la propia voluntad de los sujetos la causa de “no querer cuidarse”, del “error del propio paciente y sus familias”, y que para desresponsabilizarse “le echan la culpa” al facultativo quien “salva vidas”.

En este mismo mensaje también señala que los médicos se encuentran vulnerables a las demandas penales, algunas justificadas y otras “realmente tontas”. Pero, él afirma que le gustaría poder demandar, entre otros, a una serie de sujetos, entre los que se encuentran el paciente diabético que no se apega al tratamiento, que no sigue la dieta, que cree que las pastillas son mágicas y que miente, por lo que “no pone de su parte”. De hecho, afirma que habría que demandar al paciente

---

<sup>43</sup> Se ha optado por eliminar el nombre de usuario de la referencia para proteger la identidad e información del participante.

porque “causa una gran fuga de dinero a este país”. También a la “madre inconsciente que le da chocolate, huevo, frijol, Coca<sup>44</sup> a su bebé”, cuando éste aún “no está en edad adecuada para esos alimentos” —a pesar de que, al menos el chocolate y la Coca Cola, que tienen grandes cantidades de endulzantes artificiales no deberían estar indicados a ninguna edad- y le exigen que atienda rápido el llanto de su bebé”. Asimismo, quisiera poder demandar a quienes se “automedican y al que exige medicamentos; al que llega por un “dolor” a Urgencias que no amerita atención de este tipo”.

Por supuesto que este médico no observa las condicionantes culturales, ni económicas, ni sociales que inciden en la adherencia al tratamiento y la identificación del “dolor” como una cuestión de gravedad. Tampoco se cuestiona por el acceso a la información para reconocer las enfermedades crónicas. No advierte las condiciones de desigualdad o violencias estructurales que afectan la capacidad de elección y acción de los sujetos. La culpabilización que elabora este médico tiene que ver con el hecho de que -como refirió posteriormente en otro comentario- “los pacientes que no se cuidan [...] buscan a quien echarle la culpa de su mal apego al tratamiento” y de las complicaciones que enfrentan.

La indiferencia y no reconocimiento de este médico a las condicionantes en las que se encuentra la persona con el padecimiento no es única de este facultativo (como veremos más adelante). Pero, tanto en los comentarios en el que se culpa al paciente, y casi por completo se exculpa a los médicos de cualquier responsabilidad, como en la imagen en la que a las personas que padecen diabetes e hipertensión (dos de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la actualidad y a las que los programas sanitarios se enfocan principalmente<sup>45</sup>), le recuerdan al paciente que el “control” de estas afecciones es una práctica individualizada que corresponde únicamente al paciente. Es decir, se aprecia con contundencia la responsabilización del individuo. Es preciso considerar que esta

---

<sup>44</sup> Hace referencia a la Coca Cola.

<sup>45</sup> Ver capítulo 3

culpabilización no sólo se limita a los niveles interaccionales entre el médico y el paciente, ni se sostiene únicamente por factores culturales. Esta aparece cuando el sujeto no cumple con el marco normativo y moral que impone la racionalidad gubernamental neoliberal en la que el sujeto debe autogobernarse y ser responsable de sí mismo y sus imponderables vitales.

Esta culpabilización sirve como una especie de filtro a la realidad que incomoda, pues al responsabilizar a los individuos imputa el fracaso en el control de la enfermedad crónica al individuo mismo, quien falla en su ejercicio de autogobierno responsable. Así se exalta la incapacidad de un sujeto “anormal” para desempeñar la atención de sus procesos s/e/a por medio del ejercicio de su libertad y responsabilidad individual en la autogestión del riesgo; es decir, que incumple con las tecnologías de gobierno y subjetivantes de autocuidado. Entonces, dicha culpabilización surge a partir de infringir la moralidad establecida por la racionalidad política actual, en la cual, el sujeto saludable tiene por deber obedecer el mandato de autocuidar y ser autorresponsable de la salud de su cuerpo y evitar los comportamientos de riesgo realizando las prácticas mandatadas para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

### **Gobernar a las personas mayores con padecimientos crónicos**

Aquí se ha hecho evidente la necesidad de entender la relación entre la racionalidad biomédica, es decir, los modos en cómo se definen y desarrollan sus objetos, saberes, estrategias hacia ciertos fines calculados y reflexionados con relación a la manera en cómo las personas mayores, y sus familias, aprehenden esta racionalidad. Por este motivo surge la pregunta, ¿cómo se comenzó a poner atención al envejecimiento y las enfermedades crónicas e instrumentar tecnologías de gobierno enfocadas a este grupo de edad? Esta pregunta, al ser respondida, deja ver la problematización en la que se inscriben el cambio demográfico y comportamiento epidemiológico; de tal manera que la vejez y las enfermedades crónicas se han vuelto temas de seguridad, es decir, que han sido insertados como fenómenos dentro de una serie de acontecimientos probables considerados como

riesgos tanto a la población, como a la estabilidad financiera, social y política debido a que han salido de un rango considerado “normal”. De esta forma, para su gobierno -desde la racionalidad neoliberal- se han instituido dispositivos de autocuidado donde las tecnologías de gobierno y las subjetivantes entran en relación.

### **La persona mayor con padecimientos crónicos: un sujeto emergente**

Uno de los médicos geriatras e investigador en temas de envejecimiento que fue interlocutor en esta investigación, en una entrevista para el programa *Primer Movimiento* de Radio UNAM, al ser cuestionado acerca de “¿qué es una persona mayor?”, respondió que “esa era una pregunta que no le gustaba que le hicieran”. Entonces, comenzó a señalar que el término se adoptó debido al requerimiento de fijar una edad para el acceso a las pensiones; posteriormente comenzó a hablar del envejecimiento, pero aun así se mostró confuso acerca de quién es la “persona mayor”. Lo que este médico e investigador no lograba dar cuenta del todo es que esta categoría es parte de la tecnología política que responde a la racionalidad biopolítica. En primer lugar, habrá que considerar que la persona mayor con padecimientos crónicos es un sujeto emergente que no es necesariamente sinónimo del viejo o el anciano, sino una forma de aprehender, dentro los dispositivos de gobierno, la diversidad y pluralidad social y cultural de los ancianos. Entonces, aunque es posible rastrear la presencia de los ancianos en diferentes momentos históricos y grupos sociales, actualmente ha cobrado un papel particular en la que el *viejo* de otras formaciones históricas y la *persona mayor*, que emerge como consecuencia de la biopolítica, no son en el mismo sujeto sino que existe una disyunción entre ellos que se encuentra fundamentalmente en la forma de mirarlos y de enunciarlos, pues en última instancia la “persona mayor” ha irrumpido como un grupo poblacional y sujeto público que ha trascendido la experiencia individual, las condiciones culturales y privadas. Esto es evidente en las afirmaciones de Simone de Beauvoir acerca de la vejez:

No sólo las personas de edad son mucho más numerosas que antes, sino que ya no se integran espontáneamente a la sociedad; ésta se ve obligada a decidir

sobre su condición y sólo puede hacerlo en el plano gubernamental. La vejez se ha convertido en objeto de una política (De Beauvoir 1983, 267).

La persona mayor con enfermedades crónicas emerge como un nuevo sujeto y junto a él todo un nuevo cúmulo de saberes, como objeto de conocimientos, instituciones, prácticas y estrategias de gobierno.<sup>46</sup> En este sentido resultan ilustrativas las afirmaciones de la *Iniciativa con Proyecto de Decreto que adiciona la Fracción IX bis al Artículo 5o. de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, para la creación del Instituto Nacional De Geriatría* en la que se lee:

Debido al crecimiento demográfico y la transición de éste, se ha convertido en un reto que atraviesa nuestro país [...] Actualmente la demanda de los servicios de salud por este grupo de población, que son provocados por enfermedades crónico degenerativas, y estados de invalidez física, psíquica y social, crean necesidades asistenciales y de cuidados distintos que repercuten en el personal profesional de la salud, ya que requieren de más cuidados; por lo cual se requiere de programas multidisciplinarios para la asistencia integral del anciano, que mejore su autonomía y fomente al máximo sus capacidades [...] Los cambios demográficos deben considerarse como el mayor desafío al que se enfrentan los actuales gobiernos, los crecientes costos de los servicios de salud, representan un grave problema para la economía y para los

---

<sup>46</sup> Es necesario reconocer que la población mayor antes de las transiciones demográfica recibió poca atención. Fue en 1909 cuando Nascher utilizó el término “geriatría” para referirse a la medicina del envejecimiento. Pero fue hasta 1946 cuando en el Reino Unido se creó la especialidad de geriatría en el West Middlesex Hospital. En tanto que la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena, se llevó a cabo en 1982 y fue hasta el 2002 que se realizó la Segunda Asamblea Mundial en Madrid. En nuestro país, desde principios de los años ochenta, se instituyó el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM), entonces Instituto Nacional de la Senectud (INSEN); y fue en 1999 cuando se creó el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y en el año 2000 se genera el Primer Programa de Acción Específico. En 1999 también se realizó la primera encuesta de Salud y Envejecimiento (SABE) promovida por la OPS. En el año 2000 se decreta la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, en el entonces Distrito Federal, y es en el 2002 cuando aparece la primera Ley a nivel federal referida a este grupo de edad. En el año 2008 se crea el Instituto de Geriatría, que posteriormente sería reconocido como instituto nacional en el año 2012. En tanto que en el 2010 se crea la Red de Investigación sobre Envejecimiento; y es en 2006 y 2012 que se realizan la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que ofrece información acerca de las condiciones de salud de las personas mayores. Incluso cabe señalar que las instituciones profesionales, a nivel licenciatura, en formación en gerontología, aparecen en nuestro país en 2004. Tanto la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, en el Estado de México, como la Universidad Mesoamericana de San Agustín, en Yucatán, fueron las pioneras. Posteriormente, en 2009, dos universidades más, Universidad Autónoma del Estado de México y la Universidad Autónoma de Campeche, incluyen programas en gerontología.



presupuestos públicos[...] El beneficio en la creación del Instituto Nacional de Geriátría es prevenir y tratar los problemas inherentes a los adultos mayores, en relación a los padecimientos, discapacidades, invalidez física y social, fomentando la creación y capacitación de recursos humanos en geriatría, así como la implementación de programas y cursos especializados para los adultos mayores de todo nuestro país [...] (Gaceta Parlamentaria, 2011).

Ante los posibles efectos de estas condiciones demográficas y epidemiológicas, en donde ha quedado inscrita la persona mayor, es que ha sido posible hablar de este sujeto y hacerlo cognoscible, medible, calculable y controlable con el fin de regular dicha “anormalidad”. Por ello, para poder administrar, vigilar y controlar a este sujeto emergente es preciso conocerlo por lo que se vuelve un objeto de estudio y de intervención gubernamental. Un ejemplo claro es la advertencia con la que Ham Chande, uno de los demógrafos pioneros y que mayor atención ha puesto a la transición demográfica en el país, expresa:

Con estos cambios esperados [transición demográfica], la importancia social y económica de la vejez se relaciona con el grado de dependencia asociado a las edades mayores. Así aceptado, *sus consecuencias son inevitables y de tal importancia que se hace necesario analizarlas y anticiparse a ellas para prevenir sus efectos y mitigar sus consecuencias* (Ham Chande R. 2011, 141).<sup>47</sup>

En estas afirmaciones se puede entender cómo la persona mayor ha sido problematizada y ha emergido como un objeto de conocimiento y gobierno, junto con todo el dispositivo de gestión y control. Entonces hay que advertir que esta enunciación y sus variaciones (senectud, persona en plenitud, persona adulta mayor) son más profundas y tienen efectos en la instrumentación de las políticas públicas y evidencian la manera como está enfocado a la atención de un grupo poblacional más que a las personas en sí mismas. Por tanto, la “persona mayor” no se limita a entenderlo como un individuo que se encuentra en la última etapa de

---

<sup>47</sup> El subrayado es nuestro.

su vida (Padilla 2010; Morales 1998); tampoco a una experiencia privada e individual que se refiere a cambios y detrimento corporales, sociales, psicológicos, cronológicos y funcionales (Fernández, 2000; D' Hyver, 2006; Gutiérrez L. , 1994; Susser y Watson, 1971 [1962]); y que no sólo puede ser entendido desde un enfoque identitario y cultural (Vázquez 1999); e incluso habría que cuestionar los acercamientos que utilizan de manera indistinta las categorías adulto mayor, tercera edad, senecto o anciano (Reyes y Villasana 2017) y consideran que la edad y las designaciones relacionadas con ésta no tiene mayor relevancia en las determinaciones acerca de la vejez o resultan en simples eufemismos (Iacub 2011; Moragas R. 1991). La racionalidad gubernamental reconoce a las *personas mayores* como un grupo representante de un segmento de la población determinado por una edad cronológica y no, en última instancia, al *anciano* como una persona o un sujeto en particular. Esta categorización de persona mayor es resultado de la tecnología política que ha intervenido el ciclo vital y lo organiza, limita, clasifica y asegura derechos y obligaciones. Este desplazamiento de la noción de viejo a la de persona mayor permite hacer asequible la interfaz del gobierno y el individuo. El anciano ha quedado en un estado en el que su vida biológica (representada en un corte cronológico y características epidemiológicas) ha entrado en un umbral de indeterminación con respecto a su vida cualificada con lo que se puede decir que su vida se sitúa dentro de los cálculos del poder gubernamental; su vida, entonces, ha sido biopolitizada.

### **El sujeto del gobierno: la persona mayor con padecimientos crónicos, un riesgo**

Acorde a esta perspectiva biopolítica, ¿cómo se ha buscado hacer frente a este “descontrolado” crecimiento demográfico de la población de este grupo de edad? Al parecer para los encargados de las políticas públicas, en el ámbito de la academia y en la sociedad en general, la persona mayor ha sido registrada como un sujeto y objeto de seguridad al ser él mismo representado como un riesgo para la sociedad y su estabilidad, por lo que se han implementado estrategias de

normalización que tienen como meta regular su presencia y condiciones de salud, así como las complicaciones relacionadas.

Diana, una médica geriatra con especialidad en atención a la diabetes, que actualmente se encuentra adscrita a una clínica de atención a las enfermedades crónicas en el Estado de México, supone que en un tiempo al gobierno no le preocupaban las enfermedades crónicas, pero actualmente al ser una carga económica importante han comenzado a preocuparse y a buscar algún tipo de programa como el PrevenIMSS<sup>48</sup> o el del ISSSTE.<sup>49</sup> En tanto que para Aurora, otra de las participantes de esta investigación, quien labora como psicóloga en una unidad de atención a la diabetes, esto es claro y dice:

Lo que busca el gobierno con este programa, con este nivel de atención, es evitarse los gastos que causa una diálisis o que causa un paciente enfermo crónico con complicaciones y que, efectivamente, sabe que se va a morir; y en el que no quieren gastar. La finalidad es esa, ahorrarse la *lana*<sup>50</sup> de dializar a la gente porque es carísimo. Entonces, esa es la finalidad para ellos: no es preservar la vida ni mejorar la calidad de vida; es evitarse el gasto mayor que va a implicar atender a un paciente.

Hay que decir que las enfermedades no transmisibles y las acciones enfocadas a su prevención y control cobraron importancia alrededor de la década de 1990 en nuestro país. Pero, lo que aquí se debe resaltar es que fue hasta en el momento en que estas enfermedades se consideraron como un fenómeno epidémico, que podría

---

<sup>48</sup> Los Programas Integrados de Salud, PrevenIMSS, es una estrategia de prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, salud sexual y reproductiva y atención médica ordenándolas en cinco grupos de edad: Programa de Salud del Niño, Programa de Salud del Adolescente, Programa de Salud de la Mujer, Programa de Salud del Hombre y Programa de Salud del Adulto Mayor, implementada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

<sup>49</sup> El programa al que hace referencia es el PrevenISSSTE que es un modelo de Atención Preventiva, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes de esta Institución, de forma incluyente y sustentable, privilegiando las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, alineándose con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud.

<sup>50</sup> Forma coloquial en México para referirse al dinero.

poner en riesgo a la población “productiva” y a la estabilidad financiera, que en los sistemas sanitarios y políticos emergen como un tema de “seguridad”. Es así que Edith, una de las médicas entrevistadas, afirmaba:

Hay mucho trabajo que hablan de cómo se ha despersonalizado la relación médico-paciente. Incluso hay hasta clasificaciones que te especifican los elementos que han sido importantes para ese proceso de despersonalización y te hablan de burocratización, de cosificación, de tecnologización. Todo eso que hace que ya no esté hablando una persona con otra persona tratando de resolver un problema común, un choque cultural, ideológico, un montón de cosas; pero, entonces, de las cosas que plantean que deshumanizan la relación, una de ellas, es la mercantilización de la vida, no sólo de la atención, sino de la propia persona. No sólo lo cosificas como un tejido, como un órgano o un receptor; lo reduces a una mercancía, ya implica una ganancia o una pérdida, *ya implica una amenaza*.

Para esta médica y académica no es la condición biológica la que determina la condición biopolítica y de reducción a vida desnuda de la persona mayor, sino que se debe a que se ha vuelto un riesgo en sí misma; que se ha hecho una amenaza. Parecería que la biopolítica actual no sólo reduce la vida a su condición biológica, sino que se ha vuelto una biopolítica de gestión de riesgos donde la vida se evalúa de acuerdo a este criterio. En esta reducción a una condición de riesgo coinciden enfoques académicos, pues Silvia García López, quien pertenecía al Departamento de Enseñanza, Investigación e Información del INAPAM, aseveró, durante el conversatorio *Avances y desafíos en la protección de los derechos de las personas adultas mayores*, que “el crecimiento de la población de esta edad [al referirse a las personas mayores] se no está saliendo de control, y el presupuesto se recorta, no hay dinero que alcance y en 2050 [al comentar las proyecciones de crecimiento demográfico de la población envejecida] se tendrá casi 200 por ciento más adultos mayores que los que se tienen hoy” (Ballinas 2017). En este sentido no son secundarias las afirmaciones de García Peña, durante el “Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud. Investigación, Formación y Desarrollo de Servicios” en

agosto de 2010, acerca de las discusiones en torno a la vejez y el envejecimiento: “Las discusiones en foros académicos y políticos generalmente giran alrededor de los efectos catastróficos que el envejecimiento tendrá en los próximos años en las dimensiones sociales, políticas y, especialmente, económicas de México” (Ham Chande 2010, 131). Igualmente resultan interesante la comparación que Enrique Graue, entonces presidente de la Academia Nacional de Medicina, y actual rector de la UNAM, durante el taller “Política pública basada en evidencia para enfrentar los desafíos del envejecimiento en América Latina y el Caribe”, hizo respecto al envejecimiento poblacional al identificarlo como una amenaza social que puede convertirse en “el quinto jinete del apocalipsis” (NOTIMEX 2015, s/p).

También comparte esta visión las perspectivas financieras y de mercado,<sup>51</sup> pues se puede observar en el *Blog* del BID, que Berstein refiere la necesidad de un dispositivo de seguridad para –y aquí directamente compara al envejecimiento de la población con un riesgo- hacer de este “riesgo” una “oportunidad”, cuando afirma:

---

<sup>51</sup> Moody’s, una de las más importantes agencias de calificación de riesgo que realiza análisis financiero internacional y de entidades comerciales y gubernamentales ha señalado que el ritmo sin precedentes del envejecimiento poblacional asignará un “impuesto demográfico” que ralentizará el crecimiento económico del mundo en los próximos veinte años, tanto en los mercados emergentes como las economías desarrolladas, en la medida que se reduzca la fuerza laboral y disminuyan las tasas de ahorro que restringen la inversión (Global Credit Research 2014). Esto mismo ha sido expresado por la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CONSAR) en nuestro país, al llamar, en un reciente reporte emitido por esta institución, al envejecimiento de la población “un tsunami demográfico” que se avecina. Por supuesto esta metáfora refiere a lo peligroso e imparable y poderosos efectos de la aparición de las personas mayores en el país, principalmente en lo que refiere a las presiones financieras al sistema de pensiones, pues cabe señalar que, en 1943, cuando iniciaba el sistema de jubilaciones en México, existían 26 trabajadores por cada jubilado, mientras que para 2035 se llegará a 2 trabajadores por jubilado. Según este reporte, la longevidad tiene un impacto sobre la “salud” financiera, por lo que significa un reto que debe ser atendido en conjunto por el gobierno, el sector privado, medios de comunicación y los ahorradores mismos (CONSAR 2015). Mientras que Vásquez (2013) señala que el envejecimiento de población mexicana plantea un serio dilema a los sistemas públicos de pensiones y amenaza la sobrevivencia de los mismos, pues a medida que disminuye la relación entre la población cotizante activa y la población pensionada, los ingresos que se obtienen financian una parte cada vez más pequeña del costo de las pensiones y obligan al Estado a subsidiar su déficit con recursos que se sustraen o transfieren de usos alternativos. Mientras que García Mora añade que: “Es una realidad de América Latina que los sistemas de seguridad social están enfrentando importantes problemas derivados del crecimiento poblacional, del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la mortalidad, lo que ha condicionado un envejecimiento de la población y un número mayor de años de vida después de la jubilación, que pone a prueba la capacidad de las instituciones, sobre todo porque la situación económica actual se caracteriza por la insuficiencia de recursos financieros para responder plenamente las necesidades y las demandas de la población derechohabiente” (García Mora 2010).

Al igual que en el caso de un Tsunami, el primer paso para hacer frente al aumento de la longevidad es **tomar conciencia de la existencia de este riesgo**<sup>52</sup> [...] Por ello, a nivel de la sociedad se requiere de sistemas de monitoreo que permitan tomar medidas tempranas, mecanismos de mitigación de los riesgos, así como también conductos para canalizar solidaridad a quienes lo necesiten. El aumento en longevidad es un Tsunami que, a diferencia de los maremotos devastadores, **debería ser una oportunidad** (Berstein 2016, s/p).<sup>53</sup>

Pero quizás la építome se encuentra en el concepto de “riesgo de longevidad” (*longevity risk*) al que el Fondo Monetario Internacional, en su *Reporte Global de Estabilidad Financiera (Global Financial Stability Report)* de abril de 2012, ha puesto especial énfasis y ha hecho un llamado a los gobiernos y mercados mundiales para poner atención en su control. Este riesgo ha sido definido como “el riesgo de que los períodos de vida de los individuos o la población entera lleguen a exceder las expectativas proyectadas” (FMI 2012, 125). En otras palabras, es el “riesgo” de que la gente viva más de lo calculado estadísticamente. Según este organismo global, el riesgo de longevidad se ha suscitado debido a que a medida que la población envejece serán consumidos mayores recursos lo que derivará en graves tensiones en los estados financieros tanto públicos como privados. Este organismo reconoce que a pesar de que se han planteado acciones de atención al envejecimiento poblacional éstas se han realizado con base en proyecciones que subestimaban la potencial esperanza de vida de los individuos, por lo que la “inesperada” longevidad es considerada como un riesgo para los gobiernos, los administradores privados de las pensiones (quienes deberán realizar mayores erogaciones en los esquemas de seguridad social y fondos de retiro) y para los individuos mismos, quienes al rebasar las expectativas de vida pueden enfrentar la escasez de sus recursos económicos.

---

<sup>52</sup> Subrayado en el original

<sup>53</sup> Subrayado en el original

Algo similar ocurre con las enfermedades crónicas, pues organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que: “Debido al elevado costo de la atención y a sus repercusiones económicas, las ENT tienen un fuerte impacto en el desarrollo” (OPS 2017, s/p). Mientras que la Organización Mundial de la Salud afirma que:

Las consecuencias humanas, sociales y económicas de las ENT se dejan sentir en todos los países, pero son particularmente devastadoras en las poblaciones pobres y vulnerables [...] Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero [...] La pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra las ENT constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. Avanzar en la consecución de las metas referentes a las ENT es pues de vital importancia para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (OMS 2014b).

Es así que estas enfermedades han sido descritas como riesgos en cuanto causas de muerte, carga de enfermedades, impacto sobre los años productivos y sistemas de salud (OPS, 2020; 2014; WHO-Regional Office for Europe, 2017), afectaciones a la productividad de las empresas, el desempeño escolar y el desarrollo económico nacional, gasto en salud (tanto para las instancias gubernamentales como para los individuos) (Gobierno de la República, 2013; Secretaría de Salud, 2020; 2019), muertes prematuras, menoscabo del bienestar individual y familiar (Secretaría de Salud 2013b), y en la reducción de la pobreza (OMS 2018b).

En estas afirmaciones, provenientes de distintos campos, se puede observar que el envejecimiento y las enfermedades crónicas, que han sido encuadrados y vinculados dentro de la racionalidad política, han sido significadas como una condición de *riesgo* público. Ante esto los organismos internacionales y gobiernos nacionales han establecido diversos dispositivos de seguridad enfocados en el impacto del crecimiento demográficos de la población de este grupo de edad y las enfermedades crónicas con el fin de regularlos y evitar sus posibles efectos. En este marco es lógico que la meta de la racionalidad gubernamental sea alcanzar

“envejecimientos activos<sup>54</sup>” y “envejecimientos saludables” a través instrumentar dispositivos que *norman* y *normalizan* a las personas mayores, pues así se busca promover que estos mismos mantengan su independencia física, social y económica evitando de esta manera los efectos “negativos” que podría significar su aumento poblacional. Con ello establece una distinción entre lo que se considera normal, que es capaz de ajustarse a la norma, y lo anormal, lo que es incapaz de hacerlo. Entonces, se hará una distinción y jerarquización entre los envejecimientos saludables y los patológicos. Fijando, a la vez, los procedimientos de control permanente y generalizable, que han tomado el envejecimiento demográfico relacionado con las enfermedades no transmisibles y sus complicaciones, que permiten elaborar los cálculos de probabilidades; y paralelamente regular este fenómeno. Se resalta entonces que lo que se debe corregir y regular es la enfermedad, improductividad y la dependencia que generan altos costos a los diferentes sectores por lo que su atención supone una clara centralidad del cuerpo que debe ser reformado y corregido para recobrar las aptitudes y cualidades y poder ser calificado como un cuerpo que puede ser “participativo” y “activo”.

Por ejemplo, el *envejecimiento saludable*,<sup>55</sup> si bien no cuenta con un consenso acerca del concepto y la manera para evaluarlo, hace una distinción entre individuos saludables y no saludables (incluyendo a las personas mayores que a pesar de vivir con una enfermedad crónica deben mantenerla bajo control). La OMS ha definido esta estrategia como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad

---

<sup>54</sup> Cabe precisar que el *envejecimiento activo*, que es una de las principales políticas a nivel internacional enfocada a las personas mayores, ha sido definido por la OMS como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS 2002, 79). Siendo que -según esta misma Organización- el término “activo” no sólo hace referencia a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, sino que supone una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Señala, asimismo, que las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden “seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones”.

<sup>55</sup> De hecho, actualmente la OMS ha lanzado el plan para la *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*. Este plan es parte de la Estrategia Mundial de este Organismo sobre el envejecimiento y la salud y se encuentra aparejada con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.



funcional<sup>56</sup> que permite el bienestar en la vejez” (OMS 2015, 30; OMS 2021, s/p; OMS 2020b, s/p). Lo que se promueve en este marco es prevenir la discapacidad y dependencia fortaleciendo la capacidad intrínseca de los individuos. Es, de esta manera que, al trabajar con la trayectoria vital de las personas y sus factores contextuales, se pretende alcanzar envejecimientos saludables centrados en la funcionalidad. Para ello se busca que las personas mayores sean los propios gestores de sus cuidados, costos y prevención de la dependencia.

### **Controlar las enfermedades crónicas: la emergencia y la priorización**

Diana, de la misma forma que se refleja en las actuales políticas de promoción a la salud, prevención y control de las enfermedades crónicas, jerarquiza como más importantes, dentro de estos padecimientos, a la diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias. Lo mismo sucede con Samuel, médico general que atiende personas mayores en un programa del Gobierno de la Ciudad de México, quien llama a la diabetes e hipertensión, *ejemplos clásicos* de las enfermedades crónicas. Esto supone la jerarquización biopolítica que se ha instituido acerca de la relevancia que han cobrado estas entidades nosológicas, entre las enfermedades no transmisibles, derivadas de su aumento en la prevalencia e incidencia en cuanto a la morbimortalidad y las cargas económicas que representan. Entonces, hay que reconocer que dentro del abanico de enfermedades crónicas no todas son atendidas y priorizadas de la misma manera. Por ello, no es un hecho menor que en el país, actualmente, la principal estrategia de prevención y control esté enfocada a la diabetes, obesidad y sobrepeso o que las alertas epidemiológicas emitidas para los casos de sobrepeso y obesidad, así como la de la diabetes mellitus, respondan al acelerado incremento en su prevalencia y sus efectos en términos económicos y de salud en los individuos y en los sistemas sanitarios. Por ejemplo, en el *Informe sobre salud en el mundo, 2002* de la OMS se lee:

---

<sup>56</sup> De acuerdo a la OMS la capacidad funcional hace referencia a los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de las capacidades intrínsecas (mentales y físicas) de la persona, las características del entorno (factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona) que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

El presente informe trata de los riesgos para la salud, expresión en la que riesgo se define como la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. Para proteger a la población – y *ayudarla a protegerse a sí misma*<sup>57</sup> – los gobiernos necesitan poder evaluar los riesgos y elegir las intervenciones más costo eficaces y asequibles para evitar que se produzcan esos riesgos. Algunos de ellos ya se han reducido, pero la evolución de las pautas de consumo, en particular de alimentos, alcohol y tabaco, está creando en todo el mundo una “transición de los riesgos”. Ciertos problemas de salud, como el cáncer, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes, son cada vez más dominantes. Esta tendencia es particularmente grave en muchos países de ingresos bajos y medianos que siguen enfrentados a los problemas tradicionales derivados de la pobreza como son la desnutrición y las enfermedades infecciosas (OMS 2002).

En nuestro país, podemos ver que, en la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes* se lee que:

[...] los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención [...] (Secretaría de Salud 2013, 8).

Asimismo, se afirma que:

Por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud, el sobrepeso, la obesidad y las Enfermedades no Transmisibles (ENT), y de manera particular la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante la productividad de las empresas, el desempeño escolar y nuestro desarrollo económico como país. Estamos frente a una

---

<sup>57</sup> El subrayado es nuestro

situación crítica que, de no ser atendida en el corto y mediano plazo, puede comprometer nuestra viabilidad como nación (Secretaría de Salud 2013, 7).

Resulta de interés el artículo publicado por funcionarios de la Secretaría de Salud en conjunto con miembros de la Iniciativa Harvard de Salud Global y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, pues al referirse al proceso de definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social a Salud en México, creada en el año 2003, se hace evidente que, entre los enfoques analíticos para tomar decisiones y definir las prioridades sanitarias, hay dos que resultan prioritarias: la carga de enfermedad y el criterio de costo-efectividad. Es así que los autores reconocen que en el marco de la transición epidemiológica las directrices introducidas por el Banco Mundial en 1993, que resaltan la importancia de sustentar el diseño de paquetes de intervención médica en la carga de enfermedades y en consideraciones de costo efectividad, fueron adoptadas en México y significó un cambio respecto a las políticas previas.<sup>58</sup> En este artículo se afirma:

[...] la evidencia para la priorización de intervenciones de salud se ha concentrado en dos grandes conjuntos de insumos analíticos para la toma de decisión. Por un lado, han sido desarrolladas estimaciones de la carga de enfermedad para evaluar la magnitud de diferentes problemas de salud. Por otro lado, los análisis costo-efectividad han sido utilizados para ponderar los beneficios potenciales a nivel poblacional de las diferentes intervenciones contra sus costos económicos (González-Pier y otros 2007, 43).

De tal manera que en el caso de nuestro país en el *Programa Sectorial de Salud* de la actual administración se lee:

Las ECNT, en particular el cáncer y las cardio-metabólicas como enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, son sin duda el principal

---

<sup>58</sup> Aunque estos mismos autores reconocen que existen otros criterios como las presiones políticas a las que llaman “consideraciones particulares no médicas” o “no relacionadas con la salud”, -como si el campo de atención médica y la salud misma pudieran encontrarse desarticuladas de las condicionantes políticas, sociales y culturales-, tales como el impacto presupuestal y las limitantes para su implantación.

reto para el sistema de salud de nuestro país, tanto por su magnitud como el gran impacto en mortalidad prematura y deterioro de la calidad de vida y los costos de atención de sus complicaciones (Secretaría de Salud 2020, s/p).

Esta priorización en las principales enfermedades a atender se encuentran reflejadas en las directrices implementadas por diversos organismos sanitarios internacionales como la OPS que reconoce que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte y discapacidad en la Región de las Américas por lo que deben ser prioridad, pues debido a su costo de atención y repercusiones económicas tienen un fuerte impacto en el desarrollo, años de vida productiva y en los sistemas de salud (OPS, 2017; 2020; 2014); mientras que en el *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no transmisibles 2013-2020* de la OMS se plantea, como objetivo prioritario, la reducción de las muertes por las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades crónicas a través de acciones costo-efectivas abordando los factores de riesgo más comunes. E incluso, en este Plan, a pesar de reconocer que existen muchas enfermedades de importancia para la salud pública que están relacionadas con los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles, se señala que: “un plan de acción que abordara todos estos aspectos con el mismo detalle sería poco manejable” (OMS 2013, 3). Por su parte, Naciones Unidas, luego de su Tercer Reunión de Alto Nivel sobre Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, modificó el énfasis puesto en el 4x4, es decir la atención a las cuatro principales enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas) y los cuatro mayores factores de riesgo (consumo de tabaco, dietas insalubres, inactividad física y uso dañino de alcohol), para integrar el “5x5” al incluir la salud mental y las condiciones neurológicas junto a la contaminación del aire a los factores de riesgo (OPS, 2020; ONU, 2018) debido a su mayor presencia epidemiológica. De hecho, Naciones Unidas incluyó en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible el objetivo 3.4 en el cual específicamente tiene como meta reducir para 2030 un tercio la mortalidad prematura (en la población de 30 a 70 años) por enfermedades no transmisibles mediante la prevención, el

tratamiento, la promoción de la salud mental y el bienestar (ONU s/a), pero la evaluación de esta meta se concentra en las “cuatro principales enfermedades no transmisibles”, el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas respiratorias y diabetes (Bennett, y otros 2018; Bennett, y otros 2020); así como en la población en edad productiva (30 a 70 años).

Entonces, si consideramos que la priorización es resultado de una racionalidad biopolítica que define con base en los riesgos, en términos económicos y sociales, que representan los fenómenos poblacionales y epidemiológicos es lógico atender a la afirmación de la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2014 cuando dice:

Reafirmamos nuestro compromiso de abordar la carga y la amenaza que representan las enfermedades no transmisibles a nivel mundial, que se cuentan entre los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo, ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente y pueden causar una mayor desigualdad en los países y las poblaciones y entre ellos[...] (ONU 2014, s/p).

Entonces, ¿Aurora y Diana se encontraban equivocadas?

### **El autocuidado como tecnología de gobierno**

Los médicos entrevistados, tanto especialistas como de primer nivel de atención, coincidieron en que “las personas buscan atención hasta que comienzan a presentar molestias, cuando tienen una sintomatología, y son pocos los casos en los que realizan prácticas de prevención”. Por supuesto, que esta consideración de los médicos implica, además de cierto parroquialismo e indiferencia a las condiciones económicas y culturales, la *culpabilización al paciente* por la demora en la atención y manejo de la enfermedad sin reconocer las condiciones de la

racionalidad gubernamental y la aplicación de las tecnologías de gobierno, así como de los saberes que inciden en las prácticas de prevención.<sup>59</sup>

Samuel afirma que: “Actualmente hay forma de detectarlas [al referirse a la diabetes e hipertensión] de forma oportuna, ¿cuál sería el problema? En primer lugar, la prevención que es muy deficiente. Debería ser antes de tener la enfermedad.” Pero Omar, otro médico geriatra participante, a través de sus afirmaciones también permite observar cómo fue hasta que la carga de enfermedades crónicas salió de un rango considerado *normal* que comenzaron a implementarse acciones de prevención y atención. Es decir, cómo hasta que esto sucedió fue que se estableció el mandato, como tecnología de gobierno, centrado en el autocuidado. Para este médico, la prevención primaria es limitada y, en cambio, se ha centrado en la prevención secundaria, como una forma reactiva que busca evitar las complicaciones derivadas de la enfermedad. Este médico señala un punto relevante al reconocer que son muy recientes las acciones y programas enfocados a la prevención de las enfermedades crónicas:

Si hablas del control de los padecimientos crónicos intervienen un montón de factores: primero la política de prevención o cuidado de la salud. Prevención primaria, no la hay. Lo que existe aquí es la prevención secundaria. La prevención primaria es que desde la infancia estés lleno de información para prevenir que tengas la enfermedad, pero si eso ocurre es apenas desde hace unos 10 años; por lo tanto, la gente mayor de ahora tiene otra idea y otra cultura. Por eso, con ellos, es muy difícil lograr un objetivo de trabajo y si tú no lo entiendes desde el área que lo quieras atender; si no entiendes que la cultura de ellos es diferente a lo que tú estás viviendo, estás en problemas porque *ellos hacen lo que quieren*. Ellos no tienen “cultura de envejecimiento”, de cuidado

---

<sup>59</sup> La prevención ha sido entendida como el conjunto de acciones para reducir el riesgo de desarrollar el o los padecimientos o sus consecuencias deletéreas. Los niveles de prevención primaria se desarrollan en el periodo prepatogénico y consiste en el conjunto de acciones para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad; la prevención secundaria, ocurre en el periodo patogénico e implica una serie de acciones para reducir el riesgo del desarrollo de las complicaciones del padecimiento; la prevención terciaria, de la misma se aplica en el periodo de complicaciones agudas y crónicas patogénicas y consisten en acciones dirigidas al tratamiento y rehabilitación, que tienen por meta ralentizar la progresión y con ello el agravamiento o aparición de complicaciones e invalidez.

de la salud, de deporte, de todo lo que ahora te ponen en la tele o en el radio: “haz ejercicio” y “cuida tu alimentación”. La prevención secundaria es que cuando ya estás enfermo, ahora, cuídate para tu enfermedad.

En este caso, habrá que plantear el hecho de que las personas mayores con las que se trabajó, en muchos casos, durante su infancia el acceso a servicios e información biomédica fue restringida, por lo que considerar que no se “cuidaron” implica un caso de *injusticia epistémica hermenéutica* por cuanto supone un prejuicio que no reconoce que estos individuos no contaban con los recursos de interpretación colectiva que permitieran la comprensión de la experiencia social (Fricker 2017) de acuerdo a los parámetros biomédicos y, por tanto, reconocer e identificar a los padecimientos, sus signos y síntomas, así como las prácticas de prevención y cuidado.

### **Antes no había tanta ciencia**

Socorro, una de las participantes, que vive con artritis reumatoide, catarata, osteoporosis, tos crónica e HTA, cuenta que, en su infancia en Miacatlán, un poblado cercano de La Laguna en el Estado de Morelos, las curaciones se realizaban por medios tradicionales y populares; y en la década de 1950, cuando ella tenía 9 años, los niños salían huyendo por temor a las vacunas que entonces se comenzaban a administrar en las escuelas. Ella cuenta que:

Ahora sabemos que las vacunas son por nuestro bien. Entonces nos hacía falta conocimiento. Mi abuelita decía que era por nuestro bien porque antes -decían- que la gente se quedaba ciega. Hubo un tiempo –dicen-, que hubo una epidemia de viruela [y] que [las personas] se quedaban ciegas, aparte de marcados en su cara. A nosotros nos dio. Mi abuelita nos platicaba, ella estuvo en la Revolución, de la gripe española y que a veces no se curaban; y que había mucha mortandad; y a los muertos los echaban a un pozo. Que así, que porque eran muchos. Era mucho el mal. No había mucho, la ciencia no estaba, no había. Y de las vacunas -decía mi abuelita- que era por nuestro bien, entonces nos convencía mi abuelita; pero, sí corríamos a escondernos.

Adolfo, por su parte, cuenta que sus padres, quienes nacieron aproximadamente en 1906, acudían pocas veces en busca de atención médica; sólo en caso de estados de gravedad recorrían los 15 kilómetros de terracería que separaban su pueblo, en la Mixteca baja, de Acatlán de Osorio, Puebla; pues, en ese entonces, era el lugar más cercano con médicos, quienes realizaban su práctica en pequeños consultorios y dispensarios. En ese entonces -recuerda Adolfo- sus padres principalmente se curaban con hierbas o ellos mismos se automedicaban y, por ejemplo, para las picaduras de alacrán, comunes en el lugar, contaban con las inyecciones y ellos mismos las prescribían y aplicaban en caso de ser necesario. Otras veces, en el caso de los embarazos y partos, su madre era quien se encargaba de atender a las mujeres y si los niños “venían mal acomodados”, por medio de masajes mejoraba su postura; también curaban de empacho, diarreas, catarros, acomodaba la mollera, trataba sustos y otros padecimientos y síndromes de filiación cultural. En cambio, él y sus hermanos migraron desde muy jóvenes a la Ciudad de México, algunos para estudiar, otros para trabajar y, en su caso, para ser atendido por oftalmólogos debido a problemas visuales congénitos; los cuales, primero, fueron atendidos por sus familiares con medios tradicionales y religiosos como peregrinaciones para “pedir el favor” (un milagro de curación) a la Virgen de Juquila en el estado de Oaxaca.

Hoy en día la situación en su lugar de origen es muy distinta, pues actualmente cuentan con una casa de salud y algunos médicos privados, además de farmacias; si bien aún deben trasladarse a Acatlán, Puebla o la Ciudad de México para conseguir algunos medicamentos y atención médica especializada. En Acatlán, la principal localidad de la zona, actualmente se encuentra el Hospital General, que cuenta con 45 camas y especialidades como ginecología, pediatría, trauma y ortopedia, así como laboratorio de análisis clínicos. También cuentan con los servicios del ISSSTE, a través de una Clínica de Medicina Familiar y, además, la Unidad de Medicina Familiar No 50 del IMSS.

El caso de Ernestina, quien desde 1998 fue diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2, es similar. Ella cuenta que:



Hace treinta años que falleció mi madre. Yo le traje desde Zacatlán,<sup>60</sup> de allá somos originarias. Cuando vino, ella ya no tenía fuerza en las piernas y la garganta se le cerraba. La traje para que la viera un doctor, pero pues no; ella se fue muy rápido, como en dos meses. Mi madre padeció diabetes, pero en el momento de atenderse ella ya mostraba complicaciones y se fue muy rápido. Ella no se atendía porque decía que esta enfermedad es muy cara, *porque antes no había tantas cosas para atenderse como hoy.*

Es interesante observar cómo en estos casos se describen condiciones en las que la medicalización se encontraba en ciernes en estos lugares. Es así que hay predominio de la autoatención y el uso de modelos de atención tradicionales y populares, tanto en la atención como en la explicación y diagnóstico de los padecimientos. Las conductas y los procesos de atención habían sido lábilmente constreñidos a la dimensión biomédica. Aún se puede observar la concentración de la infraestructura biomédica en las ciudades o en las principales localidades. Hay que señalar que la mayoría de las personas mayores entrevistadas llegaron a la Ciudad de México procedentes de alguno de los Estados de la República, pues sólo Guadalupe y Juliana son originarias de la capital del país. Estas personas tuvieron que enfrentar las condiciones de centralización de los sistemas de atención a la salud y por esta razón debían trasladarse a centros urbanos para acceder a atención médica.

Entonces es entendible que en ninguna de las familias fuera posible encontrar prácticas de prevención primaria a estos padecimientos, ni a los factores de riesgo relacionados con éstas. En cambio, se detectaron prácticas de prevención secundaria -no necesariamente efectivas o constantes- en todos los casos. Por ejemplo, Juliana reconoce que en el momento en que enfermó de DM2 e HTA y presentó dislipidemias cambió sus hábitos y la manera de preparación de los alimentos, pues anteriormente consumía altas cantidades de proteínas animales y grasas, así como refrescos y dulces; o como Altagracia, quien presenta sobrepeso

---

<sup>60</sup> Municipio del Estado de Puebla.

y durante toda su vida ha consumido altas cantidades de carbohidratos y azúcares, principalmente en el pan y, hoy en día, ha tenido que reducir su consumo. Algo similar le ocurre a Chela, quien comenzó con un pequeño puesto de dulces y logró establecer una tienda de abarrotes. Esta mujer que atendía la tienda estaba acostumbrada a comer dulces y ahora -como ella misma dice- “que soy diabética ya no como de todo lo que quiero porque se me sube la diabetes y me acaba más pronto”. También, le sucede lo mismo a partir de que ha presentado estados de gravedad debido a una dislipidemia reciente, pues ha comenzado a comer pocas grasas, ha reducido el consumo de carnes y carbohidratos; y cuando los consume les “quita la grasa de encima”. Pero también lo podemos ver en Adolfo, quien durante toda su vida ha consumido carbohidratos y grasas, así como refrescos y bebidas alcohólicas, y durante un tiempo fumó y ahora ha reducido estos consumos e incluso abandonó el cigarro.

Entonces, ¿acaso es simplemente una negligencia de las personas el acudir a buscar atención hasta el momento que existen complicaciones derivadas de la enfermedad? Al indagar acerca de los conocimientos, previos al diagnóstico, que tenían las personas con estas morbilidades se encontró que ninguno de ellos contaba con conocimientos o información previos a pesar de que en varios casos tuvieran algún familiar o conocido que anticipadamente habían padecido la misma enfermedad, que les permitiera reconocerlas o prevenirlas, atenderlas o tener un diagnóstico oportuno.

“Yo no sabía nada de la Hipertensión ni tenía información de ella”, -dice Adolfo. Este hombre que, entre otras enfermedades como glaucoma congénito y una afección prostática, ha sido diagnosticado como hipertenso, nunca realizó ninguna práctica para prevenir la enfermedad. Él recuerda haber tenido familiares y conocidos que “se les subía la presión” y había escuchado de esta enfermedad, pero nada le decía el nombre, no sabía qué pasaba, ni cómo prevenirla, ni cómo atenderla.

Raquel tiene 82 años, desde hace 37 fue diagnosticada como hipertensa. Al preguntarle si sabía algo de la hipertensión antes de que fuera diagnosticada con ésta, ella dijo que “no sabía nada”. Pero su hija, con quien vive, comentó que “sí sabía” porque su padre -su abuelo- “había tenido esa misma enfermedad, pero que nunca se la trató”. Contó que su abuelo “era un hombre machista, de los de antes, que no aceptan ningún medicamento, de los que dicen que solitos se van a curar. Entonces nunca tomó medicamentos y cuando se le subía mucho la presión se caía al suelo y luego se recuperaba”. Ella supone que se debía a que aún era joven y su organismo era fuerte, por lo que todavía podía superar estos eventos. Raquel, entonces recuerda y dice, “Sí, mi papá era hipertenso. Mi papá nunca se trató. Solito. Él la sufría, le sufría y a veces se daba de golpes y se caía. Se caía y se recuperaba y se levantaba y nunca quiso tratarse. Pero, él no murió de la hipertensión; murió de cáncer en la próstata. No murió de hipertensión”.

Raquel, como su padre, tampoco realizó prácticas de prevención primaria para evitar enfermar. Al fin, lo único que conocía era el nombre de la enfermedad y uno de los efectos del síntoma, las caídas, pero no sabía nada más; ella misma lo ha dicho así.

Altagracia, sentada en el sillón de la sala, comenta que su nuera, al igual que ella, también sufre de hipertensión. Ellas trabajaban juntas maquilando y distribuyendo ropa. En un viaje al estado de Puebla vivieron un intento de robo en la carretera. Era un martes y traían el dinero para hacer los pagos a sus proveedores de telas; ambas se asustaron mucho. Afortunadamente lograron evitar el asalto, pero desde entonces cree que ésta es una de las causas por las que se les “disparó” la hipertensión tanto a ella como a su nuera.

Esta mujer, que hoy en día no se resigna a la inactividad y sale a vender diversos productos en el tianguis semanal que se instala en la Campestre Aragón, a pesar de tener familiares con las mismas enfermedades dice que no sabía nada de su padecimiento. En su narración tampoco se encontraron prácticas de prevención primaria; de hecho, al aparecer los síntomas de la hipertensión, hace

cuarenta años, que ella describe como zumbido de los oídos, palpitaciones y dolor de la cabeza, además de nervios, sólo tomaba algunos tés, como el de tila y el de limón; aunque también utilizaba Cafiaspirinas<sup>61</sup> para controlar el dolor de cabeza.

Josefina -dice- que no sabía nada de las enfermedades que ahora padece. De hecho, ella cuando comenzó a presentar algunos síntomas creía -porque sus amistades le dijeron- que posiblemente era la menopausia. Pero fue diagnosticada como hipertensa a la edad de 45 años, luego vinieron otras enfermedades, como la diabetes, angina de pecho, leucemia, entre otras; pero no sabe cómo o cuándo aparecieron. Su esposo, quien falleció un año antes de realizar las entrevistas y observaciones para esta investigación, comenzó a presentar una serie de síntomas como exceso de sed, sueño y fatiga luego de un *susto* producido por ver que una pequeña sobrina sufrió una caída. Su esposo, en seguida de esta fuerte impresión, bebió agua y entonces -ella supone- fue la causa de la diabetes. Un tiempo después, cuando ella comenzó a presentar los mismos síntomas, supuso que tenía esta misma enfermedad, que el médico validó con su diagnóstico, pero nunca hizo nada para prevenirla.

Aquí se resalta que esto no es cuestión de ignorancia o una mera falta de información. Se trata en cambio de que vivieron en una época en la que aún no se contaba con el marco referencial que permitiera comprender con la perspectiva de la “prevención” y el autocuidado su padecimiento. Como hemos visto no es que carecieran de explicaciones o prácticas de atención y diagnóstico; sino que estas estaban distantes de adecuarse a la perspectiva biomédica y del autocuidado. De hecho, la atención a sus padeceres está relacionada con el modelo de la enfermedad aguda en la que el síntoma define -en la experiencia de los sujetos- la presencia del proceso mórbido. Es así que se sostiene que este “vacío” preventivo se deriva de un vacío mayor que es la ausencia de los saberes y tecnologías de

---

<sup>61</sup> Analgésico indicado para dolores leves y pasajeros de la farmacéutica Bayer que contienen ácido acetilsalicílico y cafeína.

autocuidado, por lo que las interpretaciones y prácticas de los individuos no podrían coincidir con esta racionalidad.

Hay que ver que en el *Programa Nacional de Salud 1984-1988* las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación implementadas, cuando en el país la mayor prevalencia de mortandad y morbilidad estaban ligadas a las enfermedades infectocontagiosas, diarreas y nutricionales, estaban enfocadas, en mayor medida, a estos padecimientos.<sup>62</sup> En este Programa apenas se vislumbraba el aumento de la prevalencia de la mortandad relacionada a enfermedades crónicas. En todo caso apenas se vinculaban únicamente a las personas de 65 años y más y sólo se planteaba “determinar para 1988 las cifras reales de morbilidad y mortalidad para DM2 e HTA” (DOF 1984, s/p).

En el *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994* se comienza a ver la instauración de las tecnologías de autocuidado relacionadas con las enfermedades no transmisibles, pero aún se mantenía la prioridad de las enfermedades infecciosas. En una de sus estrategias, la tercera, se planteaba que se buscaría impulsar una cultura de prevención y autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva. En este momento se buscan prevenir las enfermedades evitables por vacunación, las infectocontagiosas y las no transmisibles; y se consideran prioritarias la salud infantil y reproductiva, aunque cada vez va cobrando mayor relevancia las enfermedades crónicas (DOF 1989).

En un contexto en el que se observan cambios radicales en el perfil epidemiológico y demográfico del país se implementó el *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. En este Programa se plantea el fortalecimiento del enfoque preventivo sobre el curativo. Dentro del diagnóstico que se presenta en este documento existe un reconocimiento de que las transformaciones de la estructura por edad de la población y las epidemiológicas implican que a mediano y

---

<sup>62</sup> En este período las acciones se enfocan a reducir la incidencia de enfermedades infecciosas como poliomielitis, sarampión, tosferina, tétanos, tuberculosis, lepra, sífilis, gonorrea, paludismo, dengue, fiebre amarilla, oncocercosis, tifo epidémica, diarreas, fiebre tifoidea, brucelosis, rabia, caries, fiebre reumática.

largo plazo la mayor parte de las patologías que el Sector Salud deberá atender son del tipo no transmisible. Ante esto se especifica como unos de los principales retos el incremento de la diabetes mellitus, los problemas cardiovasculares y el cáncer.<sup>63</sup> Por tanto, se comienza a vislumbrar la necesidad de lograr el retraso de la aparición de los problemas crónicos; aunque se reconoce que para ese momento las acciones emprendidas en materia de prevención no han sido suficientemente intensas comparadas con las diseñadas en el caso de las enfermedades transmisibles.<sup>64</sup> En este Programa se puede observar uno de los primeros intentos claros de prevención a través de las tecnologías de autocuidado a estas patologías, pues en el *Programa de Promoción y Fomento a la Salud* se proponen estrategias enfocadas a modificar los factores asociados con desarrollo de patologías no transmisibles. Entonces, es que se instrumentan acciones como generar hábitos saludables en todos los miembros de la familia, capacitación de agentes de salud y entrenamiento en el cuidado personal, familiar y colectivo; también se instrumentan acciones para la promoción de la actividad física a través de instalación de módulos para ejercitarse y distribución de material informativo; así como acciones enfocadas a la malnutrición y deficiencias micronutrimientales en la infancia; y, por último, acciones para mejorar la alimentación de las familias en extrema pobreza (DOF 1996).

Posteriormente, en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se observa una mayor priorización de las enfermedades crónicas y se plantea de lleno las tecnologías de autocuidado para atender “la transición que experimenta México en materia de salud” especialmente por los “riesgos emergentes” (es decir, las enfermedades no transmisibles -como las cardiovasculares y cáncer-,

---

<sup>63</sup> En el documento se lee: “Los retos para mejorar las condiciones de salud de la población adulta son más complejos, en virtud de que los riesgos de enfermedad y de muerte para algunos padecimientos se han incrementado al aumentar la longevidad como es el caso de los problemas cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, cuya incidencia será progresivamente mayor” (DOF 1996, s/p).

<sup>64</sup> En el Programa se lee: “El reto epidemiológico más importante en los próximos años consiste en lograr el retraso en la aparición de los padecimientos crónicos descritos previamente, de manera que se pueda obtener un importante ahorro en años de vida o mejor calidad de sobrevivencia conforme avanza la edad. Se requiere un proceso similar para disminuir la mortalidad por accidentes y lesiones. En general las acciones emprendidas en materia de prevención para estos problemas no han sido suficientemente intensivas comparadas con las diseñadas en el caso de enfermedades transmisibles” (DOF 1996, s/p).

padecimientos mentales, adicciones, las lesiones, además del surgimiento de nuevas infecciones –de manera muy notable el VIH-SIDA–, el resurgimiento de infecciones que parecían controladas –como la tuberculosis, el paludismo, el cólera y el dengue– y la aparición de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental). En este documento se reconoce plenamente que las causas de mortalidad con mayor relevancia ya no son las infectocontagiosas, sino las enfermedades no transmisibles y lesiones. Ante el hecho de que para el año 2000, cinco enfermedades (enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y enfermedades cerebrovasculares) representan la mayor carga de mortandad se propone, entre otras, una estrategia que busca enfrentar los problemas emergentes mediante la promoción de estilos de vida saludables –el ejercicio y la adopción de hábitos nutricios razonables–; promover el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; adoptar medidas para desalentar el consumo de alcohol y tabaco; diseñar programas para la prevención de los problemas de salud mental y de las adicciones en general; desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos clínicos para atender los daños de los padecimientos emergentes; y fortalecer los programas de rehabilitación e integración laboral y social de los discapacitados (Secretaría de Salud 2001).

Entonces, hay que decir que la edad promedio de las personas mayores con las que se trabajó es de 79.5 años, lo que quiere decir que nacieron alrededor de 1936. En promedio, sin incluir aquéllos que presentaron una enfermedad crónica congénita, fueron diagnosticados con su primera enfermedad crónica aproximadamente en 1988. Esto quiere decir, que estas personas desarrollaron su patología en un contexto donde era mínima o inexistente la política de prevención a las enfermedades crónicas o las tecnologías de autocuidado, ¿entonces cómo se podía esperar que tuvieran saberes y realizaran prácticas preventivas de autocuidado?

### **Chécate, mídete y pésate: las tecnologías de autocuidado**

Con lo anterior se puede ver al mismo tiempo cómo, en el campo de la epidemiología, la promoción de la salud, salud pública y la clínica, se instauró una

tecnología de gobierno que busca conducir los comportamientos y conductas del sujeto a “estilos de vida saludables” y evitar aquellos considerados como “factores de riesgo”. Es a través de la categoría “estilo de vida” que los modos de vida pueden ser medidos, evaluados, gestionados, prevenidos, intervenidos; es decir, gobernados. En este contexto aparecen las tecnologías de “autocuidado” en las cuales los individuos asumen la completa responsabilidad y deben hacerse cargo del “riesgo” de enfermar o de las complicaciones derivadas de los padecimientos a través de la modificación de los estilos de vida y con sus propios recursos.

Estas tecnologías de gobierno han cobrado relevancia a nivel mundial desde el *Reporte Lalonde* -que ha tenido influencia en las prácticas de promoción de la salud-, debido a su enfoque que resalta la responsabilidad individual<sup>65</sup> en enfrentar “riesgos” por medio de la categoría “estilo de vida”. Estas tecnologías se sostienen en la lógica de que la salud depende mayoritariamente de la libertad y las decisiones conscientes del individuo y, por tanto, de la responsabilidad y los propios recursos de estos. De modo que los sujetos deben incorporar como propias y en su cotidianidad las prescripciones de prevención, adherencia al tratamiento, modificación de los estilos de vida. Actualmente estas tecnologías dominan las propuestas de prevención y atención a las enfermedades crónicas no transmisibles tanto internacionales (OMS 2018c; OPS 2019; 2017; 2002; 2014b; 2020; 2019b) como nacionales (Secretaría de Salud, 2020; 2019). En nuestro país, quizás las propuestas más paradigmáticas al respecto se encuentran en el *Programa Sectorial de Salud* del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, pues aquí se plantea como uno de sus principales objetivos<sup>66</sup> consolidar las acciones de protección, promoción

---

<sup>65</sup> En este reporte se puede leer que: The LIFESTYLE category, in the Health Field Concept, consists of the aggregation of decisions by individuals which affect their health and over which they more or less have control [...] Personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks. When those risks result in illness or death, the victim's lifestyle can be said to have contributed to, or caused, his own illness or death (Lalonde 1974, 32).

<sup>66</sup> El Programa cuenta con 6 objetivos: 1) Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2) Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3) Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4) Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5) Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud; 6) Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.



de la salud y prevención de enfermedades. Para ello busca incorporar estrategias que tienen por fin promover “intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos *de su responsabilidad*<sup>67</sup> respecto a comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física y mental” (Gobierno de la República 2013b, 47). Con este fin se han implementado una serie de estrategias y líneas de acción que, entre otras metas, buscan promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.

Incluso, la campaña promovida por la Secretaría de Salud, “Tú sí puedes prevenir o controlar la diabetes” se enfoca en el autocuidado al vigilar la alimentación, hacer ejercicio y acudir al médico (Ver ilustración 5) . Otro ejemplo se puede encontrar en las acciones de la estrategia de los Programas Integrados de Salud PrevenIMSS del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que apareció en el país en 2013 con la campaña *Chécate, Mídete, Muévete*. Esta campaña se difundió en medios de comunicación masiva, en conjunto con la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con tres mensajes: vigilancia médica del estado de salud, alimentación saludable y actividad física. También resulta de interés que el título y los mensajes de esta campaña se presenta como prescripciones, es decir, en modo de imperativo.

Lo que se puede decir es que los estilos de vida, entendidos como factores de riesgo, no son únicamente categorías científicas biológicas, sino que implican tecnologías políticas de gobierno y administración de la vida que se centran en el autogobierno de los sujetos. Incluso, como veremos a continuación, a pesar de que los propios médicos pueden dar cuenta de diversos elementos que confluyen en la atención y complicaciones de las enfermedades no transmisibles ellos se ven con

---

<sup>67</sup> El subrayado es nuestro

dificultades para abordarlos, los consideran informativo o anecdóticos, pues su principal foco se encuentra en los “estilos de vida” o “factores de riesgo”.

Ilustración 5. Campaña “Tú sí puedes prevenir o controlar la diabetes ”



Fuente: (Secretaría de Salud, 2018)

### Los factores del control tienen que ver con el mismo paciente

Entre los médicos entrevistados se encontró que coinciden en las tecnologías de gobierno de autocuidado, a pesar de que puedan mostrarse críticos o reconocer otros factores que tienen influencia. Samuel, quien ha señalado que los programas de prevención tienen alcances limitados, no evita reconocer que la principal causa por la que las personas han contraído la enfermedad o las complicaciones es que: “la gente no se controla” y “en la medida en que la molestia cede a la medicación, la gente considera que ya no necesita continuar con el control”. Entonces, este médico dice: “simplemente yo creo que se asumen que ya no están enfermos o que están controlados sin necesidad de atención médica y continúan así sin tomar sus medicamentos, sin hacer sus dietas, sin tomar las medidas adecuadas”. Pero

reconoce una multicausalidad en las complicaciones del padecimiento y junto a la falta de adherencia al tratamiento, encuentra a las condiciones económicas del individuo, pues observa que: “si estás en condiciones económicas bastante deficientes tampoco vas a tener la posibilidad de llevar un buen control”, pues “si no tienes recursos, yo creo que atenderte con alguien que pueda dar una atención de calidad, aumenta la probabilidad de que la enfermedad esté descontrolada, lo mismo si no puedes comprar los medicamentos. Por ejemplo, las dietas que implican las enfermedades crónicas degenerativas son dietas caras que requieren de frutas y verduras, pero mucha gente no tiene acceso a eso”.

Asimismo, señala la saturación de las instituciones sanitarias en el país como otro de los factores implicados, y afirma que: “Definitivamente las instituciones de salud están como saturadas de pacientes y difícilmente un médico que tiene 30 consultas en 6 horas te va ayudar o va a ser tu aliado para un buen control de tu enfermedad”. Además, Samuel refiere, que “existen enfermedades agregadas, la mayoría de personas tienen diabetes, presión y colesterol. Se ha visto que estas enfermedades, cuando están juntas, es más fácil que se potencien: si la presión afecta los vasos sanguíneos, el colesterol los tapa y la diabetes también los afecta, las tres se suman. Y, además, si no hace ejercicio o que si trae carga genética, pues eso es otras de las cuestiones que va a potenciar que en un corto plazo lleven las enfermedades al individuo a la discapacidad”. Finalmente señala los factores hereditarios y –afirma- que “definitivamente hay gente que resiste más la enfermedad por una cuestión genética individual, pueden estar muchos años y los daños son pocos, simplemente por la resistencia que el organismo tiene. Hay otros que las enfermedades avanzan rápidamente por la disposición genética. Me parece que es esa la situación”.

Este médico en su perspectiva ha relacionado una serie de elementos donde principalmente se enfoca en el autocuidado que deberían realizar las personas para mantener bajo control las enfermedades no transmisibles. También ha dado cuenta de las dificultades por las que debe pasar una persona con padecimientos crónicos al enfrentarse a la individualización de la responsabilidad en la salud, donde los

recursos personales son limitados; junto a esto, las condiciones en las que los sistemas de salud han sido reformados bajo lógicas de productividad<sup>68</sup> y rendimiento que impactan en el tiempo y calidad de la atención principalmente en los servicios públicos de salud. En estas reformas neoliberales, los clínicos han tenido que sacrificar la calidad en la atención y la interacción con el paciente para alcanzar a satisfacer las demandas institucionales de desempeño y productividad. Y, en esto, coinciden la mayoría de los médicos entrevistados. Finalmente, relaciona condiciones anatomofisiológicas con todo esto. Pero, como se verá en el capítulo 6, también reconoce que los médicos difícilmente exceden el campo de la clínica y sus determinaciones; por tanto, no atienden otras dimensiones a pesar de que sepan que operan en el la atención.

Si hablas del control de los padecimientos crónicos intervienen un montón de factores -dice Omar-. Este médico señala en primer lugar las limitaciones en las políticas de prevención o cuidado de la salud. Pero –refiere- que “los factores son un montón, *que tienen que ver con el mismo paciente y con todo lo que tiene que ver con su alrededor*”. Entre estos señala la dinámica familiar y el cuidado; el acontecimiento incontrolable respecto al cuerpo del individuo que sale de la intervención médica y, nuevamente, señala que: “Hay factores que dependen del paciente, su cuerpo, y la familia, pues el médico da medicinas. “Yo pienso que esto te va a caer bien y te va a ayudar”. Pero nunca puedes prevenir, por ejemplo, la embolia o las cosas que son discapacitantes”.

Al preguntarle a este clínico, “¿cómo influían las condiciones laborales del médico para proporcionar información a las personas con el padecimiento?”, la respuesta resultó por demás interesante, pues dejó de lado estas condiciones y se centró en el cuerpo y las emociones de la persona mayor. También reconoció que

---

<sup>68</sup> Este último punto coincide con las recomendaciones que ha realizado la OCDE para fortalecer al Sistema de Salud mexicano, pues esta institución señala que la gestión de la fuerza laboral de salud debe premiar la productividad y la calidad. A este respecto proponen que las autoridades federales busquen negociar con los sindicatos reformas legislativas que permitan “*cambiar las condiciones laborales inflexibles del personal de salud y los acuerdos salariales* como el único mecanismo de remuneración para los médicos que trabajan en las instituciones públicas” (OCDE 2016, 30).

el médico se limita a la emisión del mandato y tienen una participación limitada en el proceso de atención. Asimismo, reconoció la relevancia de las redes sociales y familiares; pero nuevamente apareció el hecho de la “desobediencia” al mandato del autocuidado. Todo ello supone una perspectiva, por demás individualizante:

No sólo es el tiempo que tienes para atender. El problema es que *como son muchos factores los que intervienen en la salud y la persona mayor*, es el mismo cuerpo -el que piensas que sabes cómo funciona-, pero la verdad es que el cuerpo es una maravilla y, a pesar de ti o de tus medicamentos, el cuerpo funciona hasta que puede. En el cuerpo influyen las emociones de la persona. No puedes prevenir una embolia, no puedes saber cuándo una persona emocionalmente se reactiva -digamos- con una gran alegría o con un gran coraje y eso favorece los problemas cuando están enfermos; y no lo puedes prevenir; y no puedes hacer que la gente no se enoje o no se alegre demasiado. *Y el otro punto que interfiere en eso es la condición social o familiar, el tipo de apoyo que tiene. El médico es el que menos interviene. El médico tiene que dar unas breves indicaciones, tienes que conocer al enfermo porque si yo sé que tienes un estilo de vida donde te gusta comer las carmitas; y te digo que ya no lo comas, y lo haces, te vas a deprimir.* Al final -¿qué hacen?-, “de algo me voy a morir, que me muera contento”. Si no tomas en cuenta eso estás perdido. Si lo investigas con tu paciente, de una forma muy tranquila, *te das cuenta que hacen lo que quieren*, por eso tu tratamiento es el que menos influye. Pero el médico debería saber que es responsable de sus palabras, de cómo actúa, de qué cara pone cuando te va a revisar.

Diana pone en primer lugar los estilos de vida de las personas y dice: “Todo esto [la enfermedad crónica y sus complicaciones] es consecuencia de los hábitos que ha tenido la persona”. Para esta médica, tanto la aparición como sus complicaciones “va a depender mucho del estilo de vida que haya tenido [la persona]: si fue sedentario, si fumaba, si se emborrachaba, si no hacía ejercicio; entonces todo esto va a llevar a una calidad de vida en el adulto mayor que pueda ser muy buena o mala”. En el caso de las complicaciones, también –señala esta médica-, influye la negación y no aceptación de la enfermedad, es decir la dimensión psicológica. Sin embargo, reconoce que resulta de mayor relevancia la falta de adherencia

terapéutica, específicamente en lo que se refiere a la autovigilancia que el paciente debe realizar y señala que: “Hay pacientes que tienen malos hábitos y nunca se checan” y que “tampoco asisten al médico”. Esta médica cuenta el caso de una de sus pacientes con diagnóstico de diabetes y quien –según entiende- por contumacia no asiste a las revisiones médicas. Esta paciente es representada en el discurso de Diana como “muy renuente”, pues, a pesar, que esta médica le ha ordenado que se debe autovigilar y “chechar el azúcar”, la mujer le ha respondido con negativas y le ha dicho que no realiza el control debido a que no cuenta con un glucómetro. Debido a esta renuencia, Diana ha tenido que hacer un trabajo de “sensibilización”, es decir le ha informado acerca de las posibles complicaciones que puede enfrentar, esta mujer, derivadas de no seguir sus instrucciones.

Otro de los casos que ha observado se refiere a un hombre, también con diabetes, “que tomaba su medicamento, pero -en efecto- no llevaba una dieta: tomaba su refresco, le ponía una cucharada de azúcar a su café. Y cuando le decían que no podía hacer eso se enojaba con ellos [con su familia]. Aquí es esta parte, el señor se pone muy mal y ese mismo día el señor fallece porque tenía una hiperglucemia y un descontrol metabólico, que murió”. La esposa de este hombre no lograba comprender la causa, pues para ella su marido mantenía la ingesta de medicamentos de acuerdo a lo prescrito. Diana -cuenta- que le dijo, “se los tomaba, pero ¿cada cuándo iba a checarse?”. Según esta facultativa, la esposa le respondió que “no le gustaba ir al médico, ni le gustaba [monitorear la glucosa]. Yo tenía el aparato para medir el azúcar, y no le gustaba. Decía que me la checara yo, que él estaba bien”.

Para esta médica esto se explica por una condición psicológica: la negación del hombre con diabetes. Para ella, este mecanismo de protección psicológico influía en el rechazo a las modificaciones en los estilos de vida y autovigilancia. Como consecuencia -dice- estuvo “muy mal controlado el señor y por ende tuvo un desenlace fatal”. A pesar de que Diana da cuenta de un proceso psicológico y que en la misma clínica en la que labora también se encuentran adscritos un grupo de psicólogos, no realizó la derivación para ayudar a este hombre o a sus otros

pacientes a elaborar psicológicamente la serie de conflictos que desata el saberse enfermo. De hecho, en esta clínica, el área de psicología únicamente atiende condiciones psicopatológicas, pero no intervienen en el proceso de atención al padecimiento crónico. Al preguntarle a esta médica si participaban en el tratamiento a las afecciones crónicas, ella sorprendida reconoció que no tenían injerencia y que posiblemente sería importante que participaran. Por supuesto, que esto permite reconocer el hecho de que la dimensión subjetiva del padecer es negada y clausurada o en todo caso es considerada como un factor más que interviene en el autocuidado. Sin embargo, lo que demuestra esta sorpresa es que de alguna forma (como se ampliará en el capítulo 7) la preparación del médico -centrada en una perspectiva biologizante y de factores de riesgo- puede suponer que no cuenten con el conocimiento necesario respecto de otros procesos como los psicológicos o subjetivos por lo que se ven impedidos en intervenir en su relación o en su tratamiento.

Otro de los factores que intervienen –señala- es la falta de preparación del médico, debido a que los profesionales de primer nivel pueden enfrentar límites, por ejemplo, para prescribir actividad física. Finalmente señala que: “tienen muchas cosas que ver: una, no se chequean porque no tienen tiempo para ir al doctor; cuando tienen tiempo, los servicios de salud son nefastos, los hacen esperar las horas, primero los mandan con el médico familiar, que luego pasan 6 meses para que les hagan el estudio”.

En las causalidades expresadas por los médicos se pudo hallar factores variados que se integran en un amplio conjunto, entre los cuales aparecieron, de acuerdo a la relevancia que le otorgaban, los relacionados a los hábitos y estilos de vida (consumo de alimentos, actividad física, uso de tabaco, ingesta de bebidas azucaradas y alcohol), la autovigilancia y adherencia terapéutica (enfocada en los controles, revisiones constantes, asistencia al médicos y uso de fármacos según la prescripción médica), psicológicos (negación de la enfermedad, depresión, emociones, duelos no resueltos), conflictos familiares y falta de apoyo y cuidados. Con una relevancia menor, de acuerdo a la frecuencia en la que apareció entre los

médicos, se encontraron el acceso a los servicios médicos, falta de capacitación de los profesionales de la salud, acceso a alimentos saludables y a medicamentos, carga genética, comorbilidades, políticas de prevención, pobreza, calidad de los servicios sanitarios y otros factores incontrolables.

Podemos encontrar que tanto en las múltiples explicaciones acerca de las causas que originan la enfermedad, como las de las complicaciones, mantienen un enfoque individualista y centran la responsabilidad de solventarlo en el sujeto. Con ello se excluyen o niegan los procesos sociohistóricos y las decisiones políticas y económicas que ocasionan la desigualdad, privaciones económicas e inaccesibilidad a los servicios sanitarios, entre otras; o, en todo caso, sufren un reduccionismo al ser representadas como factores relacionados al individuo.

### **Voluntad y empoderamiento**

Hasta aquí se ha hecho evidente que en la perspectiva biomédica la enfermedad crónica y sus complicaciones son explicadas a través de la exaltación de la responsabilidad individual. Esto ha sido expresado en la siguiente afirmación de la OMS: “Algunos riesgos, como los brotes de enfermedades, escapan al control individual, pero otros, como el hábito de fumar o el consumo de otras sustancias dañinas, dependen de cada persona, que puede aumentarlos o reducirlos a voluntad” (OMS 2002, 3). Es así que se puede ver en la exaltación de la voluntad, entendida simplemente como la agencia del individuo, que la persona con el padecimiento es el único responsable de sus procesos s/e/a y en su caso el culpable de enfermar y enfrentar procesos mórbidos.

Diana de manera similar va a retomar el discurso de la “voluntad” y al respecto de los cambios en los estilos de vida, dirá: “son pocos [los que hacen cambios]. Por ejemplo, en la consulta tengo pacientes con diabetes. Son los más necios o más renuentes, pero, a lo mejor -te puedo decir- que *uno o dos hacen cambios en el estilo de vida* y mejora mucho su calidad de vida. Tú los ves a uno o dos años y los checas y tienen mejores condiciones que los pacientes que no han tenido control, [pues estos] ya no ven o les han amputado alguna extremidad. *Es*



*parte de querer ellos hacer cambios, porque si ellos no están...hay diferentes fases en este período de que pueden hacer cambios o no; si ellos no están decididos en hacer cambios van a tener muchas recaídas y no lo van a lograr. Yo creo que es importante un apoyo psicológico que esté constantemente con ellos en este proceso. Pero es toda una atención multidisciplinaria. Creo que sí tenemos que hacer consciencia, porque es muy difícil, sobre todo en los pacientes que tienen diabetes porque ya están acostumbrados, pero no es imposible cuando la persona quiere cambiar”.*

Pero, la voluntad que describe esta médica no se refiere únicamente al “querer” o “poder” de los individuos; tampoco a una función de “arbitraje” para distinguir entre lo bueno y lo malo que pudiera servir para limitar las pasiones y seguir los dictados de la razón. Se trata de un proceso subjetivante que entra en relación con las tecnologías de autocuidado donde el individuo es responsable de prevenir, atender y controlar sus procesos crónicos y para ello es *producido* libre. Esto, puede ser entendido cuando vemos que la propuesta que sostienen estos médicos para “solucionar” los problemas en el control de las enfermedades no transmisibles es el “empoderamiento”.

Diana piensa que es necesario *empoderar* a las personas. El empoderamiento al que se refiere se trata de “capacitar” o mejor dicho “informar” a las personas para que “autónomamente” decidan acerca de sus procesos de atención. Entonces, ella dice: “Aquí el detalle es que el adulto mayor se debe empoderar. Lo tenemos que empoderar y esto es, capacitar o educar al adulto mayor en su salud. Si nosotros le mostramos un panorama amplio de las complicaciones que puede tener”. Es así que este “empoderamiento”, en el sentido de capacitación y exposición a la información, “se basan en el “conocimiento” como vehículo central para llevar a las personas a realizar elecciones conscientes por sí mismo. Mientras que, en las afirmaciones de Omar, otro de los médicos, es más clara esta transferencia de la responsabilidad al paciente desde una visión individualista, por lo que resulta preciso educar a las personas para cambiar sus comportamientos de modo que se fortalezca el “autocontrol”: “Yo, personalmente,

lo que creo es que primero, si devuelves esa autonomía, ese derecho que tiene la gente de saber y decidir, te quitas cargas. Y si eres consciente de que la gente hace lo que quiere, la gente dice, “me tomé esta medicina, sentí estas cosas y la dejé de tomar” y llega un mes después, cuando lo vuelves a ver, y piensas que la tomó, porque dices, “qué bien te ves” y piensas “qué padre que siguió mi tratamiento”; pero, cuando te dice, “ni siquiera me lo tomé”, entonces ni siquiera sabes qué está pasando, pero la gente hace lo que quiere al final de cuentas”.

En otra de las entrevistas, este mismo médico, señaló que desde la década de los 80, del siglo pasado, “lo que se pretende es cambiar el modelo tradicional y hacer un modelo de respeto a la autonomía; cambiar el modelo paternalista tradicional y dejar que al paciente sea el responsable de su enfermedad y su tratamiento”. No es extraño que este nuevo modelo que transfiere la responsabilidad al paciente haya coincidido con el advenimiento de las políticas neoliberales; pero, en este punto, es importante recalcar las afirmaciones de Omar: “es factible porque además te quita carga, te quita peso, como médico, porque este modelo paternalista, cuando indicas un tratamiento si las cosas no salen como tú esperas son cargas que tú vas guardando, a veces frustraciones, a veces poca efectividad de los tratamientos y si la gente se muere son golpes muy fuertes. Y no a la vida en general, sino a tu propio ego, como médico”.

En todo caso, tanto Diana como Omar, responden al modelo del Cuidado de la salud centrado en las personas (*People-Centered Health Care*) impulsado por la OMS<sup>69</sup>. Este modelo reconoce que las personas antes de convertirse en pacientes requieren ser informados y empoderados en la promoción y protección de su propia salud, por lo que es preciso llegar a las personas, las familias y las comunidades

---

<sup>69</sup> La OMS ha propuesto este modelo derivado de la orientación de sobrebiomedicalización, centrada en la enfermedad, tecnológicamente conducida y dominada por los médicos; la deficiencia de los mecanismos de financiamiento de la atención a la salud que han generado atención inadecuada (consultas médicas breves, carencia de información, etc.); la biologización en la atención en desmedro de los contextos culturales, factores psicológicos, ética médica, habilidades de comunicación y de interacción; la limitada participación del paciente y la familia en la atención a la salud; la fragmentación y discontinuidad en la atención entre la instituciones sanitarias, los sistemas formales de atención a la salud y otras fuentes de atención (como los grupos de apoyo y la comunidad).

más allá de las condiciones clínicas (World Health Organization, 2016; 2007). El “empoderamiento” y el “compromiso” de la gente, de acuerdo a la OMS (World Health Organization 2016), se trata de “proveer las oportunidades, habilidades y recursos necesarios para capacitar, articular a los usuarios de los servicios de salud y abogar por un sistema de salud reformado”. En cuanto a estrategia busca, “desbloquear los recursos comunitarios e individuales para la acción en todos los niveles”. En lo que respecta a su objetivo, “es capacitar a las personas para tomar decisiones efectivas sobre su propia salud, permitir que las comunidades se involucren activamente en la coproducción de ambientes saludables y brindar a los cuidadores informales la educación necesaria para optimizar su desempeño y apoyo para continuar en su papel”. Entonces, el empoderamiento es pensado como una vía que permite transformar los contextos y situaciones de vulnerabilidad de los pacientes a través de la posibilidad de acción, autopoder, reversión de las jerarquías y resaltando las necesidades de los propios pacientes para que estos puedan desarrollar sus propias capacidades para controlar y decidir sobre su propia vida y padecimientos.

En este caso, el médico al favorecer este nuevo modelo y el paciente al ser “empoderado”, no sólo recibe información y capacitación para tomar decisiones y actuar autónomamente, sino que actuarán en “concierto” a los cálculos y decisiones biopolíticas en las que los propios individuos se han vuelto los autogestores de sus riesgos y salud en un mundo global y neoliberal. Es decir, que lo que aquí se observa es que a través una serie de tecnologías enfocadas en el autogobierno la responsabilidad sea delegada a la persona que debe optimizar sus recursos para su autocuidado.

En conclusión, en la responsabilización existe la tendencia a exaltar la voluntad del individuo y a fomentar el empoderamiento dando paso a la “ciudadanía activa” y responsable. Estos no son simples discursos, sino que implican procesos subjetivantes -que en el caso de la salud- refieren al sujeto del autocuidado. A través del trabajo sobre sí, empoderándose (como un individuo responsable capaz de realizar decisiones y acciones libres) y al afinar la propia voluntad del individuo con

las estrategias y fines de la racionalidad política es que es posible ver la interfaz entre las tecnologías de gobierno y las tecnologías del yo. De esta forma el sujeto del autocuidado vive su *producción* de libertad acorde a cierta auto-obligación en la que nunca es suficiente mejorar sus estilos de vida, adherirse a la serie de tratamientos disponibles, ni cambiar y ajustar sus hábitos a prescripciones saludables.

### Umbral

La vejez y el envejecimiento y, en especial, cuando se relacionan con enfermedades crónicas se han vuelto temas de seguridad dentro de la racionalidad gubernamental. Es decir, que este grupo poblacional y sus perfiles epidemiológicos, al superar cierto rango considerado “normal”, han sido problematizados como riesgos por los probables efectos que puedan acarrear para la estabilidad social, política y particularmente financiera de las economías nacionales y globales; por ejemplo, debido a sus efectos relacionados con los costos en los sistemas de salud, pensiones y cuidados. En todo caso, la emergencia de las personas mayores, como sujetos y objeto de la racionalidad política, y las estrategias prevención y control de las enfermedades crónicas (como tecnologías de gobierno), están inscritas dentro una estrategia integrada a un *dispositivo de seguridad* acorde a la racionalidad *gubernamental neoliberal* que, por un lado, establece estrategias regularización enfocadas a mantener en cierto rango considerado normal los fenómenos poblacionales; y, por otra, de normación, referidas a estrategias disciplinarias, que pretende, paralelamente, insertar dentro de una norma de autocuidado los hábitos y corporalidad de los sujetos. Estamos en una época donde la racionalidad gubernamental es neoliberal y la biopolítica de gestión de riesgo.

Es decir, transfieren la responsabilidad al individuo por medio de una *sentencia anticipada* de culpabilidad (que prescinde de la culpa efectiva) y así, al reducir la vida misma de las personas mayores no sólo a su condición biológica o de *nuda vida*, sino a un “riesgo” que presupone un peligro socioeconómico, se “protege” a la estabilidad social, económica y política, mientras se hace al sujeto responsable de evitarlas. Lo que se plantea es que al reconocer en la vejez una

condición de riesgo, tanto individual como social, se ha instrumentado una estrategia para transformar todo un problema político a un problema de “riesgos ocasionados por la edad y los padecimientos que aquejan a los individuos” con los que se encubre toda una realidad política, social y económica que está detrás. Cuando se plantea que el envejecimiento y sus costos son las causas de las problemáticas socioeconómicas, quedan ocultas las inequidades, contradicciones políticas, económicas y la responsabilidad misma de la racionalidad de la gubernamentalidad neoliberal.

Se puede observar que enfrentamos un giro radical en la significación del riesgo social. Las personas mayores en este escenario han pasado de ser sujetos que debían enfrentar los riesgos vitales a través de coberturas mutualizadas, por medio de seguros que repartían en el seno de los colectivos el costo de las amenazas previsibles, a convertirse en el riesgo mismo o una amenaza imprevisible –como señala el “riesgo de longevidad”- e incalculable, por lo que se opta por implementar estrategias para “prevenir” el carácter irreversible de sus consecuencias. Aquí cabe precisar que el riesgo no sólo es “el acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismos su independencia social” (Castel 2013, 35), sino que es la misma persona, que por sus condiciones (como supuestos cuerpos onerosos, enfermos, improductivos, incompetentes y dependientes) quien puede contrariar los objetivos de maximización y estabilidad financiera y social; de tal manera que serán considerados como riesgos o retos sociales al volverse “cargas” económicas y políticas. En otras palabras, en vez de considerar que estos sujetos enfrentan las condiciones imponderables de la vida, ellos mismos se convierten en el riesgo que hay que controlar. La conclusión es que en la racionalidad actual el incremento de la edad en las personas, la dependencia y la improductividad, en estos tiempos neoliberales, son vistos no sólo como perversos sino como peligrosos. Lo que se pone en evidencia es que tanto la solidaridad social como el sentido del riesgo han sufrido un traslape al instituirse en la presente racionalidad gubernamental una condición de individualismo y autogestión de los propios imponderables de la vida con los propios recursos y responsabilidad centrada en el individuo.

Con esto es factible, siguiendo a Deleuze, decir que: “Cada época enuncia perfectamente lo más cínico de su política [...]” (2016, 82). En consecuencia, al emerger este nuevo sujeto, como resultado de los cambios demográficos y la transición epidemiológica, la vejez se ha considerado y problematizado como factor de riesgo económico, social y políticos, de tal forma que ha aparecido un sujeto a gobernar, la “persona mayor con padecimientos crónicos”.

Esto se refuerza en el campo sanitario, pues participa de la misma racionalidad neoliberal que transfiere la responsabilidad al individuo a través de las tecnologías de gobierno y procesos subjetivantes de autocuidado. No es secundaria la culpabilización que se ha visto en este capítulo, pues -como se ha mencionado- no es excepcional en estos facultativos, sino que se puede encontrar en los profesionales del campo de la salud, medios de comunicación, políticas públicas, en familiares y en los individuos mismos. Esta culpabilización expresa el hecho de que la atención a los padecimientos crónicos, en particular, pero el dispositivo biomédico en general, responde a la racionalidad gubernamental del tipo neoliberal que coloca la responsabilidad en los individuos por lo que aquellos que no cumplan con las normas de elegir, aplicar sus propios recursos y autogobernarse de manera libre y responsable es visto como culpable por poner en riesgo su salud e incluso la estabilidad financiera de los sistemas sanitarios.

En resumen, se ha podido apreciar, a través del recorrido en este capítulo, que la atención a los procesos s/e/a y en específico a los crónicos ha sido encuadrada por la racionalidad gubernamental de tipo neoliberal que supone procesos de gobierno basados en colocar la responsabilidad en el individuo, quien a través de sus propios recursos tiene el deber de maximizar y elegir libre y conscientemente sus conductas y comportamientos. Entonces, es posible comprobar la transferencia de la responsabilidad a la propia persona, por medio del gobierno del autocuidado, en donde opera una interfaz que relaciona las tecnologías de gobierno y los procesos subjetivantes.

## **CAPÍTULO 5. EMBRUTECER**

En este capítulo, a través del material empírico, se describe y analiza el orden sensible y verificación de la igualdad en el espacio médico para comprobar la presencia del embrutecimiento o emancipación que opera en esta distribución de las partes. Para ello se describe el tipo de mandato que se ejerce en el dispositivo biomédico; y se verifica la relación de igualdad entre las partes que opera en este gobierno biomédico; se describe la distribución de posiciones de las partes: la organización de las funciones, lugares y capacidades. Se observa la existencia de los disensos o consensos que operan en este gobierno. En resumen, se pretende describir y analizar el tipo de cuenta de las partes en el dispositivo biomédico para reconocer si se da a partir de colocar en su lugar y funciones a las partes de acuerdo a sus “propiedades” -según sus supuestas diferencias o ausencias de inteligencias, saberes y capacidades- o de acuerdo a una lógica que quiebra esta “armonía” consensual que organiza lo común en una relación desigual y permite un ejercicio político de la cuenta de las partes.

### **El mandato despótico: la distribución sensible**

Adolfo asiste a consulta con una médica infectóloga del sistema de atención privado para ser tratado por una erisipela que se ha agravado. Durante la asistencia a las consultas y el tiempo que ha debido estar internado por las complicaciones, la médica se ha centrado en la revisión física y en preguntar los síntomas. Ha ordenado a los familiares y a Adolfo que vigilen los cambios y los momentos en que se agudizan los síntomas. Esta médica hace las prescripciones de los medicamentos, señala los horarios, las cantidades y, a veces, explica como administrarlos. Sólo a pregunta expresa de Adolfo o sus familiares explica las consecuencias de no utilizar el medicamento o no modificar los comportamientos. Pocas veces explica la causa de los síntomas o cómo funcionan los medicamentos, el tiempo en que harán efecto o si podrían tener efectos adversos. Tampoco explica el desarrollo o cómo es que llegó a complicarse este padecimiento. Adolfo tiene dificultades para entender el padecimiento, su etiología, desarrollo y pronóstico. La médica -cuando los familiares de Adolfo le han comentado acerca de las dificultades

que tiene este hombre para seguir el mandato- le ha dicho que “debe obedecer”, pues de lo contrario se “pondrá peor”. Adolfo, así lo hace. Pero, lo hace sin saber, sin conocimiento y sólo porque entiende que *debe* hacerlo si quiere recuperar la salud y evitar complicaciones. Pero, no sabe más. Adolfo sólo es en ejecutor del mandato.

Este mismo hombre de 71 años, pensionado y derechohabiente del ISSSTE, ha contado que le han negado un tratamiento por su edad en esta institución.<sup>70</sup> Debido a esto Adolfo ha dicho del médico que es un “déspota”, caracterización que como veremos no es tan equivocada, pues como el *despòtes* en el *oikos* el médico no establece una relación entre iguales, sino que es quien tiene la facultad de mandar sobre quienes carecerían de algún título -cierta calificación que le permite ejercer el gobierno sobre quienes carecen de éste- para hacerlo. Es decir, gobierna sobre aquellos que pueden comprender que deben ejecutar el mandato, pero que no cuentan con los saberes, el conocimiento o la *razón* para ser vistos y oídos como iguales y poder emitir un mandato. Lo que evidencia esto es la presencia de un mandato despótico donde opera un reparto sensible desigual, donde unos poseen el *título* que permite que ordenen y otros carecen rotundamente de éste. Esta relación se basa en la distribución y reconocimiento desigual de las inteligencias entre aquellos que por tener *el* saber biomédico pueden mandar y los que carecen de este título sólo pueden ejecutar, pues pueden “comprender” la orden, pero no el saber del médico; y esta relación es determinante.

Samuel ha dado una cierta explicación a esta situación cuando señala que:

Definitivamente también es un reto [explicar al enfermo]. Yo no creo que sea una cuestión sencilla porque cuestiones de fisiología, por ejemplo, de la diabetes o de la presión, si quisiéramos educar a la población en estos términos se necesita una preparación previa para hacerlo. Muchas veces, por ejemplo, con los adultos mayores, yo lo que hago es *tratar de explicarle en relación a como ellos piensan*. No tanto para entender lo que yo pienso de la enfermedad,

---

<sup>70</sup> Este tema se trata más ampliamente en el capítulo 7.



más bien en relación a sus conocimientos y que ellos pudieran entender. Por ejemplo, esta población, y mucha gente, asume esta dualidad de frío y calor como un principio generador de enfermedad; eso en la medicina actual no tiene lugar. No le vas a cambiar la visión a la persona. Se tendría uno que adaptar con sus conocimientos médicos a esa forma de pensar y eso, definitivamente es un reto; *y además el adulto no entendería en los términos en que uno piensa la realidad.*

Es cierto que este médico reconoce que todas las personas tienen un saber acerca del padecimiento y que se debería hacer un esfuerzo por centrarse más en los saberes de las personas, pero en sus palabras podemos ver que este saber del ignorante también es un designador de posiciones pues marca la “distancia” que separa el saber médico, que es un saber legítimo y que tiene la virtud de ser capaz de elegir las soluciones correctas, y la capacidad de *entender* de las personas, que incluso si cuentan con un saber es el del incompetente para elegir estas buenas soluciones. Es más, donde las personas son incapaces de comprender en los “términos” en los que los médicos piensan la realidad, lo cual no necesariamente supone la carencia de conocimientos sino la desigualdad de inteligencia para comprender.

### **Las hierbitas son menos efectivas: El saber como designador de posiciones y funciones**

Los médicos presentan variadas posturas frente a las prácticas de otros modelos de atención, aunque todos coinciden en que las principales y más efectivas son las de la biomedicina. En esto se aprecia que, en el ideal de gobierno, quienes tienen el saber biomédico son aptos para gobernar el proceso de atención, en tanto que son aptos para ser gobernados quienes tienen la disposición complementaria al tener saberes inferiores. Tampoco es gratuito que entre estas posturas se encuentren las de complementariedad, en las que la principal jerarquía la mantienen las prescritas por el conocimiento biomédico. Esta complementariedad es permitida mientras los elementos curativos sean vigilados y controlados por el médico para asegurar la inocuidad, seguridad en su uso o beneficios que puede presentar.

Diana reconoce que muchos médicos “están peleados” con la medicina alternativa (donde incluye tanto las prácticas de la medicina tradicional como la alternativa), específicamente con la herbolaría y la acupuntura; pero ella, en cambio, dice no pelearse con la gente si usa algunos tés. Sin embargo, ella permite el uso únicamente si las personas continúan con el tratamiento prescrito por ella. En ocasiones, cuando ella desconoce “lo que está tomando la gente” les pide que le lleven el producto para cerciorarse si es seguro su uso y determinar si se puede consumir, debido a que –como ella afirma- la medicina alternativa no es inofensiva y puede traer efectos negativos. Es así que como gobernante autoriza o no el uso de ciertas terapéuticas.

Diana -dice- que una de las razones para no “estar peleada” con la medicina tradicional es que sabe que es una práctica ancestral y que usa “cosas naturales”. Pero, ella siempre intenta que “el paciente entienda que la medicina alopática es prioridad y el medicamento alternativo es complementario”. Esta complementariedad también se observa cuando los médicos hacen uso de prácticas de atención distintas a las biomédicas, como en el caso de varias personas a las que para controlar la hipoglucemia se les recomienda el uso de bebidas gasificadas y endulzadas; o, como en el caso de la misma Diana quien suele utilizar, con las personas mayores, terapias de meditación y Tai Chi para reducir los niveles de hipertensión y glucosa. Esta médica, también, hace uso de tés como el de “seis hierbas” para atender el insomnio en un grupo de personas mayores. Aunque reconoce que estas prácticas no suelen ser bien aceptadas por todos los médicos, quienes afirman que “no sirven para nada”.

Samuel confirma que la postura de rechazo, burla y discriminación de esas otras prácticas ocurre porque son consideradas supercherías y charlatanería, lo que supone no sólo su descalificación sino su inferioridad. De hecho, en sus afirmaciones, permite ver cómo el dispositivo biomédico se ha estructurado en el disciplinamiento de los saberes que refuerza el poder médico, su autoridad, “legitimidad” y control de la distribución de los saberes. Este médico dice:

Yo pienso que la actitud de los médicos es de desprecio, burla y discriminación. Definitivamente la educación, hablando del pregrado [de la licenciatura de medicina], está enfocada en la biomedicina, no hay otra; no hay otra opción definitivamente. Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la UNAM hay una materia que se llama “Historia y Filosofía de la Medicina” que duraba 6 meses y una de las partes era antropología médica. Seis meses comparada con 5 años de pura biomedicina, definitivamente te habla de cuál es el lugar que se le da a esos conocimientos. Además, en esos meses, te dan historia de la medicina y te dan bioética, entonces se reduce mucho más el tiempo a esa materia que es Antropología Médica que intentaría recuperar el valor intrínseco de estas prácticas, además la importancia que tendrían en la comunicación del médico con el paciente. Es doble el valor, por ser una práctica cultural y otra porque si el médico no sabe lo que piensa su paciente la comunicación es más pobre. Ese es el pequeño esfuerzo que se da, pero no puedes... al ser tan pequeño no permea en la mentalidad de los futuros médicos. Y la mayoría de los médicos salimos de la Facultad con el modelo biomédico que es incapaz por sí mismo, sin un área de humanidades, de dialogar con otros saberes. Es así, definitivamente desprecia, se burla, se tacha de superchería, de charlatanería esos saberes y se pretenden evitar; se descalifican.

Respecto a lo anterior, Edith, quien es académica en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, también reconoce estas limitaciones en la formación médica donde las ciencias sociales y en específico la antropología de la salud son menores con respecto a la dimensión biomédica y señala acerca de la formación de los médicos que: “El médico frente al cuestionamiento no sabe qué hacer. Y es eso, a la “Ciencia” con mayúscula que utiliza el “Método”... es como un problema de aparente descalificación; que cuando lo que está habiendo es un problema de comunicación de saberes o de diálogo de saberes. Pero cuando tu formación está para que entiendas porque tu saber es el *verdadero, el sólido, el único*, ¿por qué esperaríamos otra cosa de los muchachos?”.

La formación y ejercicio médico sustentado principalmente en el enfoque biomédico resulta en la exclusión, descalificación, rechazo, incompreensión o estigmatización de otros saberes. Es comprensible que los médicos que han sido

formados en la “verdad” reconozcan esta distribución de las partes en la que los saberes de otros modelos de atención no tengan lugar o mantengan una relación de subalternidad. Pero esto no es algo que únicamente se encuentra entre los facultativos, sino que está vigente entre las personas mayores que -como vimos- habían crecido y desarrollado la atención al padecimiento, en sus infancias, a través de la autoatención y prácticas de medicina tradicional, pero que de a poco vieron medicalizadas sus vidas y procesos de salud/enfermedad/atención. En lo que sigue podemos ver cómo han sido medicalizados y esto ha supuesto una sutura en la que las personas han suscrito los marcos de veridicción, tecnologías de gobierno, saberes y títulos de la biomedicina de manera *consensual* por lo que reconocen simbólicamente el orden desigual de los saberes y modelos de atención distintos al biomédico.

La priorización de la biomedicina, su hegemonía y dominación puede sustentarse en una dimensión de efectividad técnica y del progreso tecno científico que sirve como una especie de medida simbólica para categorizar el nivel de desarrollo y diferencia de los saberes. Es así que los que se ajustan al desarrollo tecno-científico serán calificados como más efectivos y recibirán prioridad sobre los que son diferentes a éstos y, por tanto, pertenecen a un nivel inferior, que incluso pueden identificarse como infantiles o resultado de la ignorancia. Por ejemplo, Ernestina dice acerca de un tratamiento de herbolaria para controlar la diabetes que padece:

Una amiga me dio unas hierbitas; pero la flojera, por eso no las hice [...] Le diré, una amiga me recomendó hierbas y hasta me las compró, pero para eso debía tomarlas y hacer un análisis y dejar las demás medicinas para ver cómo funcionan. Para otras enfermedades hay hierbitas que sirven, como la manzanilla para el dolor de estómago o la del pollo, yo las usaba desde chiquilla. Las aprendí a usar por mi mamá y mi abuelita. Antes eran las hierbas, ahora son las medicinas de patente y los chochos. En una emergencia son mejores las de patente porque son más rápidas que las hierbas o los chochos.

Esta misma sutura y hegemonía de la biomedicina expresada en la autoridad técnica del fármaco se observa en Josefina. Ella dice: “Nunca llegué utilizar otro tipo de remedios [para atender sus actuales comorbilidades], ¿ya para qué le buscamos más? Si los médicos que me dan la medicina más fuerte no pueden, pus con las hierbas no me curo. Mejor ahí sigo con mis medicinas. A ratos me siento bien a ratos me siento mal”. E incluso esta mujer reconoce la superioridad de los fármacos alópatas cuando afirma: “Para mí era mejor porque *la medicina es más buena*”. Pero también se observa en el caso de Martín. A él, sus hijas, por recomendación de un médico privado, le dan pastillas naturistas como un placebo para controlar los “nervios” de este hombre que supone que por medio de un tratamiento farmacológico puede controlar su padecimiento o encontrar una cura. Su hija, Concepción, dice que no le tiene confianza a ese medicamento, pues supone que no es efectivo; sin embargo, ante la continua demanda de su padre por atención médica y de uso de medicamentos las utilizan debido a que el médico le ha dicho que “no le va a hacer ningún mal”. Lo mismo es posible observarlo en Guadalupe para quien, al referirse a otros medicamentos distintos a los alópatas, dice: “Son buenos, pero no son mis alivios. Solamente hay que tomarlos para algunas dolencias y la medicina alópata pues es la mejor”.

Más allá de las distinciones que elaboran las personas respecto a la eficacia de los medicamentos, lo que se atiende es el hecho de una distribución sensible donde otros saberes, que provengan de modelos de atención distintos al biomédico o los de los propios sujetos, no tienen lugar por lo que no son vistos o escuchados; o, en el mejor de los casos son subalternizados. Entonces, lo que apreciamos es que si bien en los procesos de atención pueden aparecer diferentes saberes que provienen de distintos modelos de atención opera una medicalización en donde hay un reparto sensible en el que la biomedicina ocupa un lugar hegemónico y donde los otros saberes distintos a éste o bien se excluyen u ocupan un lugar subalterno que debe ser vigilado, autorizado y controlado por el facultativo. La biomedicina desempeña su autoridad a través de un título de superioridad tecno-científica y una perspectiva biologicista en la que los facultativos han sido formados en la “verdad”. Pero este reparto no está dominado por relaciones de conflicto o disensuales, por

el contrario, está dominado por una relación consensual donde tanto los médicos como las personas con el padecimiento reconocen e interpretan, ven y escuchan, a pesar de sus diferencias, las mismas cosas y avalan dicho reparto sensible desigual entre saberes.

### **Los médicos ocupan un lugar elevado**

Los facultativos entrevistados coinciden en que el ejercicio médico se encuentra dominado por el mandato, como imperativo, que no reconoce las condiciones ni describe el estado de las cosas y en el que el paciente sólo requiere entender lo que se le ordena y no las motivaciones, razones, ni las deliberaciones o las decisiones que sustentan el mandato. Por lo que el paciente sólo requiere comprender lo que se le ha mandado y no es necesario que ejerza su saber o inteligencia para comprender que, por este orden desigual, su función es la de ejecutar sin saber. Para Edith esta desigualdad y gobierno a través del mandato en que se ha centrado la actividad médica, donde emergen las dificultades del médico para establecer una buena relación con los pacientes y reconocer las dimensiones socioculturales, se deben al “currículum oculto” (el cual hace referencia a las intenciones escolares no explícitas y a los resultados “no intencionados” conscientemente en los procesos educativos) de la formación médica, pues dicha formación ocurre de manera altamente jerarquizada, autoritaria, limitada en la perspectiva social y cultural y se centra en la “verdad” biomédica.

Pero es Samuel quien hace una aportación clara acerca de la condición antipolítica del mandato del tipo despótico y la distribución sensible que opera en el dispositivo biomédico, cuando dice:

Yo pienso que así está moldeado la forma de ser, la actuación, y más en México. Creo que el papel del médico es de una autoridad fuerte. La construcción de la autoridad médica es muy fuerte, especialmente importante. La mayoría de médicos no tienen el interés -o no tenemos- porque nos asumimos como una autoridad. Y en ese sentido tú mandas y si te quieres curar simplemente tiene que obedecer tus instrucciones.

De manera similar a los demás médicos participantes, afirma:

[...] el modelo de la medicina tradicional occidental, sobre todo aquí en México, es un modelo *paternalista* en donde el médico dice qué es lo que hay que hacer y punto. Este modelo pone al médico en un nivel elevado, en un nivel donde - por el conocimiento- piensa que lo sabe todo. Un papel de autoridad y hegemónico; *entonces, lo que hace el médico es limitar al paciente a la orden, a la indicación*. Esto es tradición, esto es cultural. Y todavía los médicos, actualmente, lo manejan o lo manejamos en algunos casos.

Incluso este mismo médico reflexiona acerca de los espacios en el consultorio y dice, “de hecho, la otra vez, pensaba que el que haya un escritorio enfrente, y que estés detrás de él, eso ya es una construcción de las posiciones. En realidad, no se necesita un escritorio; en realidad es un espacio que divide. En ese sentido ya construyes una barrera con las personas. Y bueno, van a tu consultorio y ves que no te obedecen y te enojas y te comportas de esa forma”. Por supuesto que el escritorio es parte del dispositivo disciplinario clínico que permite la distribución de los sujetos en el consultorio; el espacio y distancias necesarias para la práctica terapéutica y la distancia personal que subyacemente supone una diferencia entre jerarquías y estatus. El escritorio –como bien señala Samuel- comunica a la persona con el padecimiento la definición de la posición dentro del consultorio y en la relación entre quien tiene la autoridad y quien es el paciente; entre quien define las actividades y quien pasivamente debe obedecer y seguir las órdenes. Es así que al configurarse el espacio en el que quedan sólidamente definidas las posiciones, es señal del consenso en el que el dispositivo clínico demuestra la disciplina y asimetría en la relación que supuestamente son necesarias para la terapéutica.

Cuando Samuel reconoce esta condición cultural o esta forma del “estar moldeado y actuar” de autoridad, está haciendo referencia a la convención que se impone al explicar la dominación por medio de la superioridad -no es gratuita la alegoría que refiere este médico, del “lugar elevado” desde donde se mandata- y con ello se oculta el principio anárquico y asegura el orden sensible. Por tal razón, la autoridad médica se basa en cierto título que encuentra en el saber e inteligencia

superior la base para que alguien se cure; y no como Gadamer refería: “el médico sólo es alguien que ha colaborado en algo que la naturaleza misma realiza” (2017, 114). Parecería que sólo a través de la obediencia en esta articulación desigual es que la persona puede prevenir, encontrar la cura, evitar las complicaciones o rehabilitarse en una condición que se ha vuelto parte de su vida e identidad.

Las personas con el padecimiento coinciden con la centralidad de la decisión del poder del facultativo en paternalismo médico y su autoridad al emitir el mandato en la terapéutica. Un mandato que se ejerce de manera despótica y autoritaria en muchas ocasiones, sin explicaciones y alejado de la narrativa de la persona con el padecimiento y sus condiciones de vida; un mandato que simplemente espera ser obedecido. En este sentido resultan relevantes las afirmaciones de Josefina, una de las personas que, entre los participantes, más ha asistido al médico: “Los médicos le dicen, ‘esto se tiene que hacer’, y ya [no dicen nada más]”. Es así que esta mujer refiere que obedece las órdenes del médico simplemente “porque es doctor”, es decir, por su título y debido a que éste le ordenaba ella “tenía que hacerlo”; en otras palabras, obedece sin ejercer su capacidad de pensamiento, ética o de saber y viendo y entendiendo lo mismo que el médico respecto a la distribución de las partes. Es así que ella reconoce también esta distribución de las partes donde ella, como paciente, tiene el deber de obedecer. Acaso, ¿esto recuerda a la afirmación que hace Nancy cuando señala que: “Obedecemos bastante fácilmente a una orden enunciada por alguien que de antemano tiene autoridad” (2016, 14); a alguien, que detenta una posición de autoridad porque “sabe” algo más que, supuestamente, los otros no saben?

En el caso de Altagracia, por otra parte, se aprecia cómo las opiniones, saberes, experiencias o demandas del paciente no tienen lugar. El médico le ha prescrito ciertos fármacos para la circulación sanguínea y ella le solicitó que se los cambiase, debido a que considera “que le hacen daño” porque le producen taquicardia; pero el facultativo se mostró indolente a esta demanda y no informó, a esta mujer, acerca de los efectos secundarios o el funcionamiento del medicamento, ni revisó o modificó el tratamiento, por lo que ella ha decidido dejar de usar la



medicina que le fue prescrita. Lo mismo le ha ocurrido con el medicamento ordenado para el dolor de la rodilla, pues éste –dice Altagracia- le causa que la boca se le reseque y la “lengua le suena de lo seca”. Por estos motivos ella ha decidido dejar de usar estos medicamentos, pues si la utiliza cotidianamente se “siente mal” y le “hace feo”, pero más allá de estos efectos lo que interesa aquí es que su opinión no tuvo lugar, ni se consideró necesario explicar los posibles efectos secundarios o el funcionamiento del medicamento. Simplemente “no tuvo parte”. Algo que comparte con Ernestina, quien cuenta que el médico en el Seguro Social es “regañón”, es decir que le ha reprendido por no cumplir con sus supuestas obligaciones como paciente, y actúa con fastidio, enojo y desagrado en la atención. Esto ha ocasionado que esta mujer evite asistir en busca de atención y únicamente acude a esta Institución cuando tiene una cita programada para recibir sus medicamentos: “Al Seguro sólo voy cuando hay la cita y ahora me tocó un doctor que es muy regañón. De buenas o de malas se va el sistema y él ya no pudo saber qué me dieron la consulta anterior. Entonces éste dice, “usted debe traer su receta porque ya no sé qué le dieron la vez pasada”. Es un médico enojón.” Obviamente este tipo de interacción ocasiona que Ernestina no sienta confianza para hablar con el médico y contarle algunas dificultades que tiene con los fármacos prescritos, pues a ella “no le gusta tomar pastillas”. Ernestina sabe que sólo puede esperar indiferencia o regaños del médico, por lo que considera que no tiene ningún caso expresar sus dificultades. Al preguntarle si ella le había contado acerca de las dificultades que enfrenta para la ingesta de los medicamentos al facultativo, ella comentó: “No, no. Pues, ¿para qué? Yo me las tomo, yo veo cómo le hago”. Es decir, que ella con la información que ha obtenido de las interacciones con el médico ha podido generalizar la experiencia y generar expectativas relativamente confiables acerca del comportamiento y respuestas que puede encontrar y así tiene cierta seguridad de que no contará con apoyo por parte de éste y que su opinión, dificultades y dudas no serán tomadas en cuenta porque en esta configuración despótica no tienen lugar.

## Un “día normal” en la consulta: Explicar la desigualdad

Ha sido en las propias entrevistas con los médicos en las que ellos mismos reconocen que “salvan vidas” y que su práctica está dominada por el “modelo paternalista” en el que el médico ocupa el lugar del imperador y la persona con el padecimiento, reducido a la identidad de paciente o incluso *nuda vida*, es el imperado. Samuel señalaba que: “lo que se asume [como médico] es que: “Yo sé. Si tú te quieres curar debes seguir mis instrucciones”. Tal vez trate un poco de explicarte, pero definitivamente *hay un abismo que uno no recorre*, simplemente das las instrucciones. Me parece que así funciona, incluso en las mejores condiciones”.

¿Es posible considerar una relación de igualdad o acaso a través de la “explicación” o, como dicen los médicos, la “indicación” y del trato amenazante al paciente renuente se le hace comprender la incapacidad y desigualdad de inteligencias entre el facultativo y el paciente?, ¿es este “abismo”, que los médicos no recorren, el que les explica a las personas que son incapaces de comprender y saber por sí mismos? Si bien la emancipación va a suponer la puesta en obra e impulso de la capacidad de cualquiera y la ruptura con las maneras de sentir, ver y de decir (de lo factible) características de la relación desigual entre dominadores y dominados por lo que supone la igualdad de las capacidades y funciones; así como el uso de la propia inteligencia, en las siguientes escenas cotidianas -como las califica el nefrólogo-, ¿es posible ver esta igualdad e impulso de las inteligencias?, o acaso ¿este facultativo a la vez que le dice al paciente que debe obedecer el mandato del autocuidado le recuerda que es incapaz de hacerlo sin ajustar su inteligencia y voluntad a la del médico?

El nefrólogo -hemos visto en el capítulo anterior- que culpa a las personas con el padecimiento y exculpa al facultativo nunca da cuenta en su discurso de la relación desigual que se mantiene entre el facultativo y la persona con el padecimiento. Parece que no logra enterarse de ella, pues se explica la relación desigual como “natural”. Pero, a la vez, también podemos -como señala Agamben (2012b)- observar que el poder -antes que por su capacidad de ser obedecido- es

definido por su capacidad de emitir mandatos, pues el superior -como señala Rancière (2018)- explica su superioridad por medio de la dominación y deja de serlo cuando deja de dominar. Entonces, la ilusión del poder en el médico es emitir sus mandatos sabiendo que posiblemente no han de cumplirse, pues mientras siga ordenando conserva su poder, su lugar de imperante; en tanto, que en la persona con el padecimiento esta ilusión se da en su supuesta obediencia, a pesar que él mismo sabe que no se ajusta al mandato médico.

Como tal, parecería que en la siguiente escena este médico que sabe que “normalmente” es y será desobedecido, lo que no puede evitar es continuar emitiendo mandatos que además “expliciten” la desigualdad entre él y el paciente. En resumen, en la siguiente escena podemos ver la distribución de las partes de acuerdo a sus funciones, pero de manera relevante cómo es que el orden sensible desigual no es interrumpido, pues cuando el médico “explica” y exhibe su “lugar de gobernante” al paciente, que es el ejecutor de la orden, éste lo acepta de buena gana. Existe un consenso.

El nefrólogo cuenta las preguntas y respuestas de un “día normal” en consulta entre él y sus pacientes:

A los pacientes, quienes al parecer en general no se cuidan y que buscan a quién echarle la culpa de su falta de apego al tratamiento (que desobedecen el mandato y que no asumen su función) -como él señala-, les pregunta, “¿Lleva bitácora de presión y glucosa?”. Los pacientes le responden afirmativamente. A esto, el nefrólogo les ordena que se la entreguen. Entonces, los pacientes que han sido “atrapados”, por primera vez, mintiendo, expresan una serie de subterfugios como, “Uy Doctor, ya la traía, pero se me olvidó en la mesa por salir a las carreras. Pero estoy bien controlado”. El nefrólogo perspicazmente les responde, “Mmmm... pues hace seis, doce meses y dos años que lo vi y me dijo exactamente lo mismo. Aquí lo apunte, en el expediente. ¿Lleva dieta?”- pregunta. Los pacientes le responden que sí, que comen pollo, verduras y toman agua. El nefrólogo con ironía les contesta, “¿En serio? ¡Pues, yo también! Pero usted subió de peso, tiene la presión descontrolada y la glucosa por las nubes. Es más, su riñón está más dañado

que antes”. Les pregunta, “¿Cuándo fue al nutriólogo por última vez?”. Por supuesto que el nefrólogo le expone al paciente que ha sido pescado mintiendo; es decir, que ha faltado a su función de ejecutar el mandato.

Los pacientes desconcertados le responden, “No me explico por qué mi riñón está dañado si todo lo hago tan bien como me lo dicen los doctores: Procuero hacer dieta, procuro tomar agua, procuro cuidarme y -repiten- *trato* de llevar la dieta”. Niegan la asistencia con el nutriólogo y explican que la razón es que los médicos nunca lo han enviado.

El nefrólogo nuevamente con actitud perspicaz cuestiona al paciente, “Mmmm... ¿ha solicitado cita con el nutriólogo?”. En lo siguiente parece que no sólo quiere hacer evidente que ha descubierto al paciente que trata de engañarle, sino que busca “explicar” al paciente su “incapacidad” o “falta de inteligencia” y dice con condescendencia, “¿Sabía que cuando se es diabético, hipertenso o con sobrepeso hay que llevar dieta?”

El paciente parece haber aceptado que ha sido sorprendido mintiendo, reconoce su lugar y acepta que requiere de la “inteligencia” y el “saber” médico, por lo que responde, “No me habían dicho que yo la debía solicitar la cita con el nutriólogo; y no, no sabía que era necesario llevar dieta”. Esta afirmación la hace a pesar de que anteriormente reconocía que llevaba la dieta tan bien como se la habían prescrito los médicos.

El nefrólogo nuevamente en tono de admonición espeta, “Mmmm, mire, fíjese que viendo en su expediente sale que ha ido a 28 consultas de nutrición, pero sale que lo valoran una vez y no regresa”. Los pacientes tratan de defenderse y explican que, “ahhh, pero es que esos nutriólogos me querían matar de hambre”. El nefrólogo entonces les cuestiona, “Pero, entonces sí se le había enviado al nutriólogo, ¿verdad? Es que le entendí hace unos segundos que ningún médico le había enviado nunca y que nadie le había dicho que había que llevar dieta”. Ya no importan las razones por las que dejó de asistir al nutriólogo, sino hacer evidente

que ha mentido y ha sido atrapado; mostrarle que es incapaz de llevar su tratamiento de manera responsable y autónoma.

El paciente reconoce las insignias de la autoridad y que ha sido atrapado, por lo que aun sin abandonar la trinchera del subterfugio, confiesa, tratando de eludir por última vez la responsabilidad, “ahhh sí, ya me acordé, pero es que ya no vine porque cada rato cambiaban a los nutriólogos” -y se justifica diciendo- “es más, el último que me vio estaba más gordo que yo, doctor. Así, ¿cómo?”.

El nefrólogo, nuevamente con el tono de admonición señala: “Ok, pues su riñón sigue deteriorándose”. Y nuevamente emite un mandato a sabiendas que no será obedecido: “Lo envío nuevamente a nutrición; le solicito nuevamente su bitácora de presión y glucosa. Y lo veo en 4 meses”. Finalmente, con ironía, el nefrólogo hace reconocer la estulticia del paciente y cuenta que le preguntan, “entonces, ¿mi riñón está bien?”. Es así que el nefrólogo va a advertir al paciente, “Ya le comenté que mientras no se cuide y no lleve su registro, su riñón se seguirá dañando hasta llegar a la diálisis. Nos vemos en cuatro meses”. Finalmente, el paciente agradece al médico y afirma que continuará “echándole ganas” y seguirá cuidándose. El nefrólogo únicamente da muestras de incredulidad, pues dice que cada vez, con los pacientes, se “repite la canción”.

A la pregunta específica de la causa por la que las personas no sigan, sean renuentes o modifiquen las prescripciones médicas, la respuesta del nefrólogo resultó ejemplar. Este nefrólogo refirió que era una cuestión cultural del mexicano; comparando la cultura con un hecho “normal” en el comportamiento y que no requiere mayor comprensión. Él dice:

Recuerda que un mexicano es chingón cuando no sigue reglas; cuando no sigue reglas, cuando cree burlar a los demás lo hace más fregón. Cuando siente que es fregón sacando ventaja de los demás, etc. Pero, ¿qué pasa cuando las cosas salen mal? Pues no se hacen responsables de sus actos y tratan siempre de derivar su culpa a las personas que estén a su alrededor. Eso sí, cuando están perdidos; o sea, pero realmente perdidos es cuando aceptan su error. Desafortunadamente, demasiado tarde.

No sólo resulta de interés la constante culpabilización, lo que aquí se resalta es el hecho de que su mandato sea comparado con una regla que el “mexicano fregón” no sigue. Esta actitud del “mexicano” lo que hace es poner en cuestión el “orden normal” donde unos tienen la regla para gobernar y otros deberían ser los ejecutores de esta. Parecería que este médico ejemplifica lo que Lyotard (1999) dice de la *impertinencia* que consiste en eslabonar una orden con un comentario y no con su ejecución. Edith señala que el paciente insubordinado es el que no juega el rol de “te creo todo”. Por ello no es gratuito que, para ella, “la enseñanza” que reciben los médicos acerca de que “el paciente tiene autonomía” sólo es una “frase hecha”; es decir, que sirve como eufemismo para ocultar el verdadero ejercicio del poder y la subordinación subjetiva de la persona al dispositivo biomédico.

En la siguiente escena también es posible dar cuenta de cómo tanto la persona con el padecimiento y el médico hacen *como* que la orden está vigente y operan en la ilusión ideológica que mantiene la cuenta de las partes “policia”. Josefina, quien en las primeras entrevistas y observaciones se presentaba con una actitud juiciosa con respecto a su tratamiento, no les dice a los médicos que no sigue al pie de la letra las restricciones alimenticias, pues le regañan. Cuando ellos le preguntan si sigue la dieta, ella responde que sí. Male, su hija, cuenta que el médico les pregunta, “pero señora, ¿cómo es posible que todavía no le baje la creatinina ni nada? ¿Qué no lleva la dieta?” Su madre les responde: “Sí, sí la llevo, ¿cómo no?” Pero, Male dice: “mentira, no la lleva”.

Male dice que los médicos saben que su madre no sigue sus órdenes y le han dicho (similar a lo que el nefrólogo hace con sus pacientes): “Qué raro, si lleva la dieta ¿por qué no se compone de la diabetes?”. Josefina les dice que ella sólo come lo que ellos le ordenan (como hacen los pacientes del nefrólogo). Pero los clínicos le espetan: “Es muy extraño porque si siguiera la dieta ya hubiera mejorado”. Al realizar análisis clínicos se dan cuenta que no ha seguido las restricciones alimenticias y se percatan que no sigue sus indicaciones. Al darse cuenta de la renuencia de Josefina le advierten que debe adscribirse a las restricciones, obedecer la orden, y le dicen “tiene que hacerlo por usted; yo no

puedo estarla acompañando en su casa para darle “coma esto, lo otro, aquello”. Por usted misma para que no se sienta mal y haya que internarla, cuide su dieta”. Josefina, entonces, realiza los cambios por dos o tres días, pero después vuelve a abandonar las restricciones. Finalmente, Male dice: “Los médicos se dan cuenta que no la está siguiendo, pero no le dicen nada”.

Esta última parte en la que los facultativos le explican a Josefina que “ellos no pueden acompañarla para vigilar su alimentación” es ejemplar por cuanto explica la incapacidad de Josefina y su falta de voluntad, por lo que la paradoja es que debe autocuidarse, pero se reconoce desde el gobierno biomédico que es incapaz de hacerlo. En todo caso, no importa lo que cree o piensa el paciente, o porqué no obedeció. Lo que importa es hacer evidente que no siguió el mandato y con todo ello, que el médico puede seguir emitiendo mandatos. Estos médicos reconocen que es un hecho común que los pacientes no obedecen, pero aún así sigue sin preguntarse la razón. Sólo saben que deben seguir emitiendo mandatos.

Lo que se sostiene es la ilusión ideológica del reparto sensible en la que ambas partes mantienen la misma sensibilidad o consenso. Les explican a los pacientes, a través de ser descubiertos mintiendo, su incapacidad para autocuidarse. Por el otro lado, el paciente parece que ha comprendido que debe, no sólo obedecer los imperativos, sino que ha comprendido el orden dado; ha quedado claro que comprende lo que le mandatan (autocuidarse) y que “carecen” de la misma inteligencia que el médico. Es decir, se ha explicado y se ha comprendido la relación desigual. Se ha puesto en evidencia la distribución de los rangos. Le han explicado al paciente su propia incapacidad. A través de estas escenas se ha hecho patente que el médico les ha demostrado a los pacientes que son incapaces de comprender por sí mismos el autocuidado. Esta explicación se basa en la división de las inteligencias en dos, una superior y una inferior. Con ello, la inteligencia, voluntad y saberes del paciente deben quedar subordinadas a la inteligencia y conocimientos del médico. Esta coincidencia supone un “embrutecimiento”. Hay que decir que el médico no ha embrutecido al paciente por decirle lo que ha hecho mal, sino por decirle que no puede hacerlo solo; por decirle

que su inteligencia no puede prescindir de las explicaciones y la vigilancia del médico.

Por otra parte, la desobediencia pone en cuestión el orden “normal” de las cosas. La expresión del mandato y la demostración de la ignorancia son como el látigo que demuestra la desigualdad. Son las insignias de la diferencia y así el desobediente no tiene más que replicar y abandonar los pretextos que ofrece y que habían servido como su trinchera. Lo que no hace el paciente, al mentir, dar pretextos o no hablar directamente con el médico, es evitar constituirse como un igual que comparte la misma capacidad de inteligencia y responsabilidad que los médicos; es eludir el litigio que comprende el disenso igualitario. No habla ni se expone como un igual en el proceso de aprehensión del mandato, sino que busca defenderse de la recriminación elaborando formas de eludir la responsabilidad. Es cierto, se ha visto que se ha resistido al mandato, que no lo ha seguido como ha sido dictado y que es un hecho común; pero lo que no se aprecia es el desometimiento y a la par la producción de una subjetivación política y disensual que ponga en cuestión el reparto sensible de los lugares y donde se ejecute la obediencia del mandato desde la inteligencia, la ética y la crítica del mismo paciente. De hecho, Adolfo ante el médico déspota ha preferido dejar de asistir a sus consultas en lugar de proponer una condición litigiosa en la que pudiera instituir otro orden.

### **No les digo porque me regañan: la amenaza al castigo**

El temor al “castigo” por la desobediencia se encuentra en la mayoría de las personas mayores y las familias entrevistadas. En este punto se hace evidente cómo la orden biomédica se ha instituido como un imperativo que ha quedado sustraído al libre uso de las partes y es reservado sólo a los médicos; por ello, el paciente renuente e insubordinado al desobedecer el mandato del médico corre el riesgo de ser excluido de la comunidad de los *pacientes* o enfrentar consecuencias deletéreas derivadas de la enfermedad, pues ha profanado tanto la autoridad del médico como lo sagrado del conocimiento. La renuencia e insubordinación, que son



consideradas “negligencias”, son significadas como actitudes libres y desligadas del deber del paciente de obedecer los saberes biomédicos, pues al prescribirse a sí mismo un tratamiento o desobedecer abiertamente las prescripciones, desde su calidad de mundano, excluido del saber y gobierno biomédico, profana lo sagrado del saber y la relación de autoridad, pero sobre todo el orden del gobierno médico. Entonces, el desobediente, el que no sigue el mandato que le ha sido prescrito “por su bien” es reconocido como un “ignorante”. Los médicos entrevistados señalaban que la renuencia es entendida como un desafío a la autoridad médica y es considerada como indolencia, descuido e ignorancia, por lo que el paciente que desobedece puede estar sujeto a un “castigo” como la exclusión de la atención médica, donde incluso parecería que las complicaciones de la enfermedad quedarían en segundo lugar. Por ejemplo, Omar señalaba que existía un modelo tradicional de atención paternalista que consiste en que: “yo te indico y si quieres está bien; y si no, vete con otro médico”. En tanto que Edith comentaba que: “Un médico al que le cuestionan o no le obedecen o al que incluso le niegan que estén haciendo otra cosa o que no estén haciendo; y los pilla o los descubre, afecta la relación. Muchos de los médicos lo perciben como un “no te importa”, “entonces no te importa tu salud. Eres un descuidado, eres *un ignorante*” y así te tratan. Y eso necesariamente también afecta porque ya no, como médico, quiero ver tus signos o síntomas, “¿para qué si no me vas a hacer caso, no me vas a obedecer a mí que tengo la verdad?””.

Parece que el médico tiende a eludir la tarea de persuadir a la gente para que comprenda y acepte su punto de vista. Al final, la persuasión como reconoce Arendt (2015; 2020) implica igualdad. Tan convencido está en la rectitud y bondad de sus principios que rara vez tiene en cuenta lo que puede costar llevarlos a efecto o que los mismos se desgasten en su aplicación. Entonces, lo que el médico convencido de la finalidad de su obra y la estulticia del paciente, que no se adscribe voluntariamente al orden establecido y ejecuta el mandato tal y como ha sido proferido, puede amenazar con el castigo al paciente.

Diana, para quien la confianza resulta un factor relevante en la relación médico-paciente, considera que cuando ésta se encuentra deteriorada las personas ocultan o niegan sus prácticas: “A veces el paciente no te cuenta todo lo que está haciendo o tomando. Eso es parte de la confianza que le tengas al médico. Si no te tienen confianza no te van a decir nada, absolutamente nada; y más un adulto mayor”. Este ocultamiento ella lo explica por temor a la amenaza, al castigo y el regaño. Diana ha observado:

La confianza es una parte muy importante. En realidad, ni te dicen ni nada. Y te lo digo porque yo tengo muchos pacientes del Seguro Social y quien les hace el control soy yo; y [los médicos del Seguro] creen que el control lo están llevando allá y no. A veces [los pacientes] les dicen, “sí, me estoy tomando [la medicina]”. A veces yo soy la que les dice, “dígame a su médico que se le modificó el tratamiento”. Pero ellos responden, “No, porque luego se enoja y me pregunta “¿por qué anda yendo a ver a otros que no tiene que ver?”. También esa parte, “es que si le digo esto a mi médico me va a regañar “. ¿Qué visión tienen de él? Un ogro.

Entonces, el médico toma distancia al considerar que las afecciones serán vividas por el paciente y cobran sentido las afirmaciones de otra médica entrevistada:

Al no haber una buena relación médico-paciente esa cuestión de empatía del médico al paciente no se da; lo ve como una persona “x” y no le importa su salud. Y dice, “total, es a él al que le van a dar las complicaciones si no se cuida”. Entonces, no hay ese vínculo que debería de haber y que hace que haya un buen apego al tratamiento. La confianza es importante porque hay muchos pacientes que dicen, “el doctor no me da esa confianza para decirle qué es lo que tengo”.

En este punto hay que decir que de acuerdo a Luhmann (2005) la desconfianza no es únicamente contraria o la carencia de confianza, sino que es su equivalente funcional, pues de la misma forma reduce de manera negativa la complejidad y supone una serie de estrategias de reserva, enemistad y renuncia en la interacción para controlar el riesgo. ¿Cuál es este riesgo que se busca evadir con la

“desconfianza”? Es el castigo o el regaño. A Josefina, derivado de la insuficiencia renal que ha comenzado a padecer, el nefrólogo le ha ordenado realizar procedimientos de diálisis. Josefina, quien se había sentido muy cansada en días anteriores, dice que se “deprimió más” luego de recibir el diagnóstico, pues el médico le refirió que “ya no tenía remedio”; y que “la diálisis la tenía a la vuelta de la esquina”, pero que dependía de ella si aceptaba el tratamiento. Josefina, debido a que ha escuchado y visto que las personas sujetas a este tratamiento suelen sufrir o enfrentar complicaciones, rechazó el tratamiento y el médico sorprendido preguntó, si ella estaba segura. Ella confirmó su resolución, por lo que el médico le ordenó a Josefina que firmase una responsiva donde ella acreditaba que había rechazado la diálisis.

El médico, quien no sólo aceptó el procedimiento legal, que no explicó los riesgos o beneficios del procedimiento o se preguntó por los temores o preocupaciones de esta mujer, le advirtió a Male, la hija de Josefina, que cuando su madre “se pusiera mala” no se la llevaran, pues si lo hacían “no iba a hacer nada”. De hecho, Male cuenta que el nefrólogo les dijo: “si ya no quiere la diálisis, que es lo que le podemos hacer, entonces ya no me la traiga; no le vamos hacer nada, espere lo que tenga que pasar”. A estas mujeres la actitud del médico les pareció sumamente cruel, pero Josefina continuó con su decisión. Esta mujer finalmente dijo: “No se miden. Le dicen a uno las cosas, pero así a lo bruto”. Por ello no es extraño que esta mujer afirme que: “No les digo [ a los médicos ] porque me regañan”.

Es así que la orden, al mismo tiempo que gobierna la vida de los sujetos, lleva consigo la posibilidad de una amenaza de castigo. Esta amenaza se presenta en forma de advertencia o consejo, pero tiene esencialmente una función moralizante y correctiva; pues, independientemente de la forma que adquiera, ésta no se reduce a consejos que dejan al sujeto en libertad de decidir acerca de su observancia. Tal como afirma Arendt: “Detrás del “Harás...”, “No harás...”, hay siempre un “o de lo contrario...”, la amenaza de una sanción impuesta por un Dios

vengador, o por el consenso de la comunidad, o por la conciencia, que es la amenaza del castigo autoinfligido que solemos llamar remordimiento” (2007: 97).

Pero, lo que resulta fundamental es que la amenaza del castigo (ya sea la exclusión de la comunidad de los pacientes o los efectos deletéreos propios del padecimiento) aparece derivado de la condición en la que el poder médico y el orden de gobierno se ven en riesgo. Dicha amenaza es el instrumento que el poder utiliza para evitar la desobediencia, la ruptura de la distribución de las partes; la efracción de la posible emergencia del principio anárquico y el disenso o las subjetivaciones políticas. Entonces, cuando se ha observado en las entrevistas que los médicos que no son obedecidos “amenazan” al paciente con no brindarle atención o que la persona con el padecimiento enfrentará consecuencias negativas en su salud no sólo informa, sino que advierte que la relación de poder y el orden sensible, que hasta antes de la desobediencia se daban por hechos, puede convertirse en una relación de castigo.

Hay que advertir que la amenaza, en este caso, es la antesala al castigo o de la violencia, no su concreción. Sloterdijk, basado en Hobbes, refiere que la “amenaza grave proviene [...] del acto del habla cardinal del poder, el cual da un ultimátum a sus súbditos y vecinos hasta cuando ellos se vuelven sensatos” (2002, 40). Entonces, a través de la amenaza se evidencia la *posibilidad* de la violencia o el castigo, pero no necesariamente su puesta en acto. La amenaza advierte al paciente que puede, por desobedecer al mandato, cuestionando al poder médico y la distribución de las partes, sufrir de la violencia del castigo; pero, si el paciente, al atender a la amenaza, normaliza su actuar y obedece, entonces no se verá sujeto a la violencia médica o las complicaciones de la enfermedad. Como Buyng-Chul Han refiere: “Para ejercer el poder, el yo tiene que disponer de la posibilidad de presionar al otro amenazándolo con una sanción negativa. La sanción negativa es una posibilidad de acción que *ambos* quieren evitar, tanto el yo como el otro, solo que el otro de un modo más imperioso que el yo” (Han 2016, 24). La amenaza advierte que el orden no puede ser roto; es el látigo que demuestra el sometimiento a través de aclararle que no será atendido (por lo que no accederá a la atención y

prescripción biomédica) o que podrá enfrentar efectos deletéreos. La amenaza busca obliterar la posibilidad del disenso o ejercicio de la inteligencia del individuo, pues le confirma que no podría llevar el tratamiento a su condición vital sin el médico.

Empero, si se busca mantener la relación de gobierno y el mandato como una tecnología de éste, la amenaza de castigo no puede llegar a consumarse en un acto de violencia. En el momento en el que mandato se vuelve inoperante y deja de actuar y en su lugar existe un acto de dominación estamos en una relación de violencia donde el poder, la libertad y la resistencia han sido conjuradas (Recasens 1942; Milgram 2016; Ortega y Gasset 2016; Han, 2016; 2016b; Marramao, 2013; Foucault, 2016; 1988; 1999; 2008 ; Vázquez, 2005). Como Arendt señala, la “violencia aparece cuando el poder está en peligro, pero si se le permite continuar con su impulso termina por hacer desaparecer el poder [...] La violencia puede destruir el poder; pero es absolutamente incapaz de crearlo” (Arendt 2015, 159).

### **Confío en ellos como en Dios: el consenso**

Al preguntarle a Ernestina acerca de su relación con los médicos, ella señaló que *confía en ellos como en Dios*. Al cuestionarle a qué se refería, ella dijo que se debía que eran “muy amables, muy buenos y muy acertados”. Esto, por supuesto, permite reconocer que la confianza es similar a la fe, por lo que se puede decir que esta última es la confianza que se le entrega al médico y que une a la persona con el padecimiento con el facultativo en una relación de fidelidad. Esta fidelidad es expresada en el caso de Guadalupe y su familia, pues cuentan que, por ejemplo, al aparecer unas llagas en las piernas de esta mujer han decidido buscar al médico al que le tienen confianza; a pesar de contar con médicos que se encuentran más cerca de su domicilio. También en el caso de Martín, la familia, aunque tienen serias dificultades económicas, en situaciones de gravedad, llevan a este hombre con el médico en quien confían, pues ha brindado tratamientos que consideran efectivos. La fidelidad que resulta de la confianza ha llegado al grado que la familia puede recomendar a otras personas a este médico: “Mi mamá lo empezó a ver y vimos

que con un medicamento mi mamá se levantó. Y, aunque cobre caro, cuando vemos a mi papá que está muy malo lo llevamos con él y lo ha levantado; incluso, lo hemos recomendado con otras personas y nos han dicho que sí, que es buen médico, por eso seguimos con él”.

Es así que como afirma Agamben, “la fe es tanto la confianza que otorgamos a alguien –la fe que damos- como la confianza de la que gozamos acerca de alguien: la fe, el crédito que tenemos” (2010c, 42). Es a través de esta interacción por la que también el médico puede ejercer su título sobre la persona con el padecimiento y de esta manera se mantiene la relación de autoridad que es ejercida en el mandato, pues se espera la protección, ayuda y cura a cambio de la sumisión. En otras palabras, este tipo de interacción permite que la persona con el padecimiento pueda confiar en que el médico cumplirá en el futuro su “promesa” de ayudar, proteger y curar a la persona, es decir, que cumplirá con los requisitos de su título. Es así que Josefina, al hablar de uno de los médicos que atiende a su hija, el Dr. Fernando, señala que “le tiene mucha fe” porque las recomendaciones para el cuidado de su salud y el de su hija le han sido útiles; además, han formado un vínculo de amistad, pues este médico es –según estas mujeres- serio, respetuoso, muy bueno y siempre está “viendo” por ellas, por lo que le tienen mucha estima; y afirma, acerca de este médico, que: “Es muy buena gente y por eso yo le tuve confianza a él. Es la confianza que le tiene uno a la gente”.

### **El buen médico y el mal médico**

Sin embargo, ni Ernestina ni Josefina mantienen la misma fe o confianza con todos los médicos. A diferencia del médico particular con el que han acudido, ella y su familia, que les “trata bien” y les “explica”, la interacción que mantiene Ernestina con el médico del Seguro Social es complicada, pues éste se mantiene distante y - como dice ella- “no la reconoce como persona”; por lo contrario, es indolente y centra su labor en que: “nada más pregunta y ya”. No realiza ningún tipo de auscultación y actúa de manera mecánica sin explicarle algo más; únicamente le prescribe medicamentos. Ella cuenta que este médico no le “trata bien” y dice: “Este

doctor, el del Seguro, me acuerdo que una vez llevé a una de mis niñas y sólo levantó la cabeza para verla -o verme- y sólo preguntaba, “¿qué más?, ¿qué más...?” Luego, sólo nos dio la receta. ¿Qué clase de doctores son? Es de personas a personas”. En cambio, Ernestina generalmente ha asistido con los mismos médicos particulares que se encuentran en la Alcaldía Iztapalapa en la Ciudad de México. Ella comenzó con el padre, porque un familiar se lo recomendó, y posteriormente, cuando éste falleció, continuó asistiendo con el hijo que también ejerce la práctica médica. Ernestina dice que se traslada hasta Iztapalapa a consultar a estos médicos porque, tanto el padre como el hijo, “son personas muy finas” que toman en cuenta sus intereses, gustos y dificultades y no sólo “le preguntan”, como en el Seguro Social. Este es el caso de Martín, pues él y su familia, en una ocasión en que este hombre presentaba una condición de gravedad, tuvieron que acudir con un médico privado a quien pudieron preguntarle acerca de los cuidados necesarios. En cambio, con el médico del Seguro Social –dice la hija de Martín- “no hay esa confianza de que viene usted y el doctor le explica. Nada más se agacha y usted le pregunta y ni le contesta”.

Para Altagracia el buen médico es que le “pone atención” al paciente. Esto significa que le preguntan “¿Qué tiene?, ¿qué le ha pasado?, ¿cómo ha estado?” Entonces, esta mujer, reconoce que la “relación” con su médica es buena, pues la “trataba muy bien”. En tanto que Josefina ha elaborado una distinción entre el “buen médico”, que es el que tiene un trato amable y se interesa por la persona con el padecimiento y realiza la anamnesis a profundidad junto a una serie de revisiones - a pesar de que como ella menciona finalmente recete los mismos medicamentos-, lo cual supone una relación intersubjetiva de confianza; y el “mal médico”, que es el médico de trato hosco y reservado, al cual llama “grosero”, que no realiza revisiones y que mantiene un papel autoritario. Josefina dice:

Es más amable, por ejemplo, el nefrólogo,<sup>71</sup> es muy amable; el cardiólogo también es muy amable, me revisa todo y le dicen a uno, “¿a ver qué tiene?, ¿qué le ha pasado?, ¿cómo ha estado?”. Me pregunta cómo he estado y si me he tomado las medicinas como él las ordenó y ya. Ya vuelve hacer la misma receta, como quien dice, y me pregunta, “¿qué otro medicamento me hace falta?”. Me toman la presión y me ven si me estoy hinchando, me ven los pulmones. Sí, me revisan. Pero ya nomás me recetan lo mismo de siempre. Uno dice que me está tratando con mucha amabilidad. Pero esta doctora es muy grosera. La hematóloga también es grosera, pero sí me atiende, porque esta vez que no tenía el expediente y me había dicho que no me iba atender si no le llevaba el expediente. Pero le dije a la doctora que yo no tenía la culpa, que yo no lo había perdido. Ella me dijo que a ver cómo le hacía, que lo tenían que encontrar. Yo creo que se compadeció de mí y sí me atendió y me dio mi medicina. A veces se encuentra uno con cada médico.

Por supuesto que en estas afirmaciones se hace evidente que no se puede establecer un vínculo de confianza ni de comunicación cuando la interacción está condicionada por una falta de reconocimiento del otro como interlocutor, como un igual que padece y en cambio es ubicado en una posición desigual o excluido de las partes; no ocurre una relación de “persona a persona”. Cabe mencionar que Agamben señalaba que, el “deseo de ser reconocido por los otros es inseparable del ser humano [...] No se trata, en efecto, sencillamente de satisfacción o de amor propio, más bien es sólo a través del reconocimiento de los otros que el hombre puede constituirse como persona” (2011, 63).

### *Confianza*

Uno de los principales elementos para elaborar esta distinción son los procesos en la construcción de la confianza. Entre los factores para alcanzar la confianza se encuentra la “familiaridad”, pues como supone Luhmann (2005) permite abrigar expectativas relativamente confiables y contener el riesgo. Sin

---

<sup>71</sup> Incluso, si este médico será quien amenaza con castigar a Josefina por no seguir el tratamiento de la diálisis. Pero la obtención de este fragmento ocurrió poco antes de la indicación de la diálisis.



embargo, la familiaridad no es sinónimo de expectativas favorables o desfavorables, sino la condición bajo la cual ambas son posibles. Es decir, la familiaridad es la precondition para la confianza o la desconfianza. Por supuesto que –como señala Luhmann- la confianza sólo puede construirse sobre lo familiar, pues no puede generarse la confianza sin experiencias previas y es con base en estas experiencias que la confianza puede apostar al futuro. Es así que en las personas mayores y sus familias se ha encontrado que la familiaridad es un factor que les permite construir expectativas acerca de la actuación y rol del médico en el proceso terapéutico.

Esto se puede ver en el caso de Guadalupe que asiste generalmente con un médico al que “conoce desde hace mucho”. Josefina, antes de mudarse a la Campestre Aragón, asistía con una médica en la colonia Martín Carrera, a la que “ya tenía tiempo de conocer” y por este motivo recurría a ella. También a Nena, sus familiares, la llevan con una médica a la que “le tienen confianza porque la conocen los tíos” de la actual cuidadora principal de esta mujer. De manera similar ocurre con Alberto, quien presenta problemas ortopédicos y se ha atendido desde hace tiempo con el doctor Sierra con quien ha entablado un lazo de confianza porque, como dicen los nietos de Alberto, “lo conoce de manera personal, es muy buena gente, es muy platicador y amable y le ha llevado el seguimiento”.

Eleuteria durante mucho tiempo atendía sus padecimientos con el mismo médico, el doctor Domingo, a quien había conocido muchos años atrás y con quien había entablado un lazo de confianza. Martha, la nuera de Eleuteria, dice que “lo conocía, se puede decir, que de toda la vida”; mientras que Eleuteria dice, “nos conoció de chavos”. Este médico, al que Eleuteria califica como un “doctorazo”, fue director en una clínica del ISSSTE, al parecer en Valle de Bravo, Estado de México, pero dejó de atender a esta mujer cuando abandonó la profesión y se dedicó a una carrera política.

Luego de que perdieron contacto con el doctor Domingo, la nuera de Eleuteria conoció a una nueva médica, que trabaja en un consultorio adjunto a

farmacia, en la Colonia donde habitan. Al principio, hace diez años aproximadamente, cuando esta mujer se encontraba embarazada asistió con esta nueva médica para realizar, de manera independiente a la atención que recibía en el Seguro Social, el seguimiento de su embarazo. Al principio asistió con esta facultativa por la cercanía a su domicilio, pero con las interacciones se fue construyendo la relación intersubjetiva de confianza. Esta misma mujer cuenta: “pues iba yo con ella y desde ahí le tomamos confianza. Ya tiene como 10 años que la conocemos. Como va conociendo uno a las personas, pues uno se va dando cuenta. Entonces se agarra la confianza porque nos revisan y le atinan, por decirlo así; nos dan el medicamento que es; esta doctora pues se acuerda de todos, por los nombres. Por eso siempre hemos ido con ella”. Ahora, esta médica atiende tanto a Martha como a Eleuteria debido a que la “conocen” y han entablado una interacción de familiaridad, en la que “saben qué esperar”, y entonces -como dice la entrevistada- “pues ya le agarramos confianza a la doctora”.

En estas interacciones se han podido observar otros elementos importantes en la construcción de la fidelidad. La primera es la efectividad diagnóstica y terapéutica percibida por las personas con el padecimiento y las familias. Por ejemplo, en el caso de la esposa de Martín, que padece DM2, cuenta una de sus hijas que han entablado el vínculo de confianza con el médico: “Porque cuando mi mamá, cuando se enfermó de la diabetes, fuimos con muchos doctores porque a ella le dolía todo el cuerpo. Y fuimos con muchos, con muchos doctores y nunca le dieron a lo que ella tenía; y llegamos con ese doctor y con un medicamento la levantó. Entonces, de ahí le agarramos confianza al doctor”.

La hija de Raquel cuenta que ella y su madre fueron con la médica que atiende en un consultorio adjunto a una farmacia por la cercanía y porque sus vecinos y conocidos se la habían recomendado. Por medio de la recomendación - dice- que sabía que era “buena” médica. Asistieron con esta facultativa cuando su madre presentaba complicaciones con la gastritis crónica que padece y que no había podido ser controlada en el Hospital General de México, por lo que al ver que su madre sufría y se sentía mal decidió llevarla para -como ella menciona- “ver si le

ayudaban”. Ella cuenta que: “la llevamos ahí y ella [la médica] la sacó de su problema. Y sí, luego, luego, la primera vez que la llevé le dio medicamentos y ella se sintió bien; ya no se le inflamaba el estómago; que ya no le venía el reflujo; que el vómito; cosas así. Entonces seguimos yendo con ella y, al final de cuentas, yo dije, “pues esta doctora sí le dio y es la que la va a seguir atendiendo”. Yo creo que ya no hay otro médico que pueda verla porque en el Seguro Social definitivamente no; porque para que viera al especialista era un problema”.

Asimismo, las personas con el padecimiento han establecido y reconocido una actuación ideal, una construcción simbólica, en la que tienen expectativas acerca de los procedimientos del diagnóstico, anamnesis y tratamiento que el facultativo debe realizar y que no sólo incluye preguntas estandarizadas, sino que también debe integrar auscultaciones físicas y análisis clínicos. En este sentido, para Eleuteria la confianza se ha dado:

Porque tengo una doctora [se refiere a la médica que le atiende en el consultorio adjunto a la farmacia] que le tengo mucha confianza porque ella me ayudó muchas veces cuando yo estaba muy mala de mis pies y pues le agarra cariño uno. Me gusta que me lleven con ella, porque me checa bien checada. De los pies, todo me checa; mi corazón, me checa; mis pulmones, los riñones y todo; me manda estudios para los riñones, y todo, y luego me manda ese del monitor. Le digo y me checaban.

En tanto que la familia de Martín, por ejemplo, reconocen que tienen confianza a la médica que les atiende en el turno matutino en el consultorio anexo a farmacia, al que asisten, “porque esa lo revisa, pero rebien”. Mientras que María ha elegido al médico que atiende a su madre, pues confía en que éste prescribió el tratamiento con base en la información obtenida a través de una serie de análisis clínicos.

La empatía aparece también en las interacciones necesarias para establecer un vínculo de confianza. En este sentido, el médico no actúa con un papel autoritario e indiferente a las necesidades y dificultades por las que atraviesa la persona con el padecimiento y su familia; por lo contrario, es sensible a éstas y es percibido como

dispuesto a ayudar. En el caso de Juliana esto es claro, pues el médico con quien tenía confianza conocía los problemas de salud y económicos que atribulaban a la familia por lo que en muchas ocasiones les daba la consulta gratuita. Patricia, la hija de Guadalupe, contaba que el médico quien realizó la cirugía en la columna vertebral a su madre, y a quien la familia le tiene confianza, les “ayudó” para que el costo de la intervención fuera menor. Ella cuenta: “No, sí fue como “chusco”<sup>72</sup> que encontramos a este doctor porque con quien íbamos era otro que nos recomendó una vecina. Ese doctor, el que operó a mí mamá, trabaja en el Seguro Social; entonces nos dijo, “yo la puedo operar, pero tienen que conseguir entrar a este Hospital General de México y así ya no les cobran la hospitalización porque la hospitalización es muy cara”. Muy buen doctor y muy humano. Entonces dijo, “yo puedo...les voy a cobrar poco, nada más tienen que llevarla...” Él, hasta donde yo sé, es el jefe de ahí de ortopedia”.

Otro de los elementos que se hicieron presentes entre las personas con el padecimiento y sus familias fue la idealización de las jerarquías y rangos para sostener las interacciones de confianza con el médico. Es decir que entre mayor rango tenga el médico en la jerarquía hospitalaria se confía más en él, aunque en este rango no se distinga si se refiere a las tareas administrativas del hospital o del nivel de especialidad del médico. Goffman (2009) refiere que en la mayoría de las sociedades estratificadas existe una idealización de los estratos superiores y cierta aspiración a ascender hasta ellos por parte de los que se encuentran en situación inferior. En este caso, en un dispositivo disciplinario, como es el clínico, en el que se establecen jerarquías y rangos entre los médicos, quienes ocupan mayores puestos de autoridad son idealizados por las personas con el padecimiento y sus familias, pues se encuentra más cerca de ocupar el lugar apreciado de los valores corrientes de la sociedad. Es así que Josefina consideraba que el doctor Domingo era un “doctorazo”, no sólo por el tiempo de conocerlo, la amabilidad y la efectividad diagnóstica y del tratamiento, sino que también porque había sido director en una clínica del ISSSTE en el Estado de México. Esto mismo sucede con Guadalupe y

---

<sup>72</sup> Gracioso o divertido.

su familia, para quienes el doctor Guerra, quien diagnosticó el tumor en la columna vertebral, además era el jefe de ortopedia en el hospital en que atendieron a esta mujer; mientras que los nietos de Alberto señalan, en las entrevistas, que además del seguimiento personal y la amabilidad del doctor Sierra, éste era el jefe de ortopedia del Hospital de Pemex en donde el hombre mayor recibía atención.

El elemento final en la interacción, que permite la relación intersubjetiva de confianza, es el rol del médico como un “explicador sincero”; es decir, que en su práctica no oculta y explica lo necesario acerca de la enfermedad, tratamiento y los cuidados. Este médico es quien está dispuesto a responder las dudas de las personas con el padecimiento. Salvador considera que un buen médico es el que le explica acerca del tratamiento, cómo funcionan los medicamentos y las reacciones que pueden esperar. En tanto que para Patricia (hija de Guadalupe), el doctor Posadas es “más consciente”, pues le explica “todo” lo que se refiere al tratamiento de su madre y por esta razón ella dice que “a él sí le tengo confianza”. Mientras que Altagracia reconoce que siente confianza con la médica del Seguro Social, a quien la describe como “linda”, pues le “platica”, es decir, le explica los cuidados y precauciones que debe tener para manejar su padecimiento. Altagracia cuenta que ha sentido la confianza para preguntarle sus dudas, pues la médica le responde. Eleuteria comenta que para confiar en un médico no sólo la deben “chechar bien” sino que también dice que: “yo ya le he dicho a los médicos que no me oculten nada; si yo tengo una enfermedad buena o mala, cómo va a ser el proceso. Porque es más feo después enterarse cuando uno ya no puede curarse, siempre he pedido sinceridad”.

### *Desconfianza*

Las personas con el padecimiento establecen vínculos intersubjetivos de desconfianza con los médicos con quienes la experiencia les ha permitido construir expectativas negativas en la atención. En primer lugar, se puede señalar al médico que busca reafirmar constantemente su autoridad y desigualdad. Josefina expresa que un mal médico, con quien no establece confianza ni comunicación, actúa de la

siguiente manera: “Nomás llega uno y le toman la presión, lo pesan y preguntan, “¿a ver qué tiene o qué le receté? Ah le receté esto. A ver páseme las recetas que le di antes o ¿qué le hace falta de medicamento?”. Pues si ellos son los que me van a ver, ellos sabrán qué medicamento necesito. No, ellos sólo preguntan, “¿Qué medicamento le hace falta?, ¿Le hace falta quimioterapia?, ¿le hace falta esto?”. Así nada más...”

Entonces, se hace evidente que el médico, de quien se ha instituido una actuación idealizada, que presenta elementos disruptivos –es decir, una pauta de acción discordante al título y los modos de actuar esperados – es cuestionado en cuanto a su legitimidad, funciones y lugar. Como resultado la interacción supone un vínculo de descrédito y desconfianza. Altagracia, por ejemplo, confrontó al médico familiar cuando la refirió a los servicios de nutrición. Esta mujer cuenta que ella se *sintió grosera* y, cuestionando el mandato y autoridad del médico, le dijo que él debía empezar por su casa; pues a esta mujer le pareció absurdo que el médico, que mientras consultaba consumía una Coca Cola y presentaba sobrepeso, pudiera estar ordenando restricciones alimenticias y cambios en las dietas. Un caso similar se encuentra con uno de los médicos que ha atendido a Eleuteria, pues ella dice que “no le gustó la atención” que le dio. Para esta mujer, el médico no desempeñó las actividades que debía realizar para definir un diagnóstico, pues “aunque sea debe pararse y medio revisar a la persona; y este doctor pues no. Nada más pregunta, “¿qué tiene?”. Y desde su lugar nos preguntaba lo que teníamos y pues ya anotaba.”

Pero la desconfianza también puede aparecer cuando el médico falta a su compromiso de “curar” y antepone otros intereses, como los económicos. María, hija de Serafina, reconoce que los médicos que no cumplen con su función curativa, sino que su práctica está enfocada en conseguir ganancias económicas no pueden ser dignos de confianza. A este tipo de médicos los identifica como “irresponsables” y los describe de la siguiente forma: “hay otros doctores, como éste que nada más cobra; o sea, le da sus medicamentos para dos, tres días y vámonos para afuera[...]

hay médicos que nada más les gusta sacar el dinero y darle...¿cómo le diré? Una aspirina y controlarle lo que usted tiene y vámonos”.

Hasta aquí se puede decir que la confianza funciona como un operador simbólico a través del cual se verifica y se elabora una distinción entre los médicos que cumplen con las expectativas del comportamiento, roles y funciones que legitiman el título de gobierno biomédico y que al final de cuentas permita que el paciente se entregue obedientemente al mandato, pues espera que (al depositar la confianza) el médico de manera recíproca cumpla con su tarea y lugar de curador. En tanto que las inconsistencias y los elementos simbólicamente desacreditadores en la práctica genera una interacción de desconfianza. La confianza/desconfianza permite al paciente saber cómo orientarse en la relación y qué esperar de ella. Sin embargo, hay un hecho que suele escapar de los análisis centrados en la relación médico-paciente en un nivel diádico y a nivel de la confianza como interacción: es que a pesar de las diferencias entre el “mal médico” y el “buen médico” se mantiene una condición de consenso porque el cuestionamiento es directo al individuo y no al reparto sensible. Esto puede explicar la razón por la que Josefina se resiste a un mandato específico del nefrólogo al que considera en algún momento como un “buen médico”. En este caso el consenso implica que los problemas, por ejemplo, de confianza, se resuelven a través de hacer más eficiente la “comunicación”, pero no permite el disenso o las subjetivaciones políticas que supongan la emergencia de una sensibilidad y distribución de las partes distinta porque al final este orden es comprendido como el “único” que es factible. Esto es lo que oculta las perspectivas basadas en la confianza y en la relación médico-paciente que dejan fuera que la relación no sólo es diádica, sino que corresponde a una distribución sensible más amplia.

Es así que a pesar de los conflictos que pueden ocasionar la desconfianza se puede decir que el consenso que sostiene la cuenta de las partes en una relación desigual, en cuanto a funciones, lugares y competencias se encuentra vigente y es aceptado por las partes. No es el acuerdo de personas entre sí, por eso puede haber estas interacciones difíciles, sino el acuerdo entre sentido y sentido el que

encontramos entre sujetos que no pueden imaginar otra cuenta de las partes. Significa que, a pesar de las diferencias o divergencias, de las complicaciones en las interacciones, la presentación sensible y el régimen de interpretación es el mismo: es decir, a pesar de que se considere que hay “malos médicos” el orden de las partes, la desigualdad entre ellos, es entendida tanto por facultativos como pacientes como normal. Entienden lo mismo en la distribución de las partes.

De acá se desprende otro hecho y es que a través de la fidelidad la persona con el padecimiento puede seguir el mandato ajustando su voluntad e inteligencia a otra voluntad e inteligencia, por tal no requiere ejercer su capacidad de pensamiento, ética o inteligencia. Por ejemplo, Josefina, de la doctora Lupita, médica familiar en el Seguro Social, dice que “era buenísima” porque “ésa sí me detectaba luego, luego y me mandaba a las especialidades”. Ella afirmaba que: “Esa era en la que más confiaba porque le decía tengo esto y esto, me pasa esto y esto”. Pero, aquí resulta de interés el hecho de que esta mujer sigue las prescripciones por fe: “me daban bien la medicina. Y la medicina que me daban me reconfortaba, me sentaba bien la medicina; no dilataba mucho tiempo enferma, sino que con la receta que me daban me componía. Ya sabe, la fe de uno. *Ya sabe, la fe que le tiene uno a la persona más que a la medicina*”. Es así que vemos que las órdenes de ingesta del medicamento -en este caso- es obedecida cuando se tiene fidelidad, sin la necesidad de ser comprendida; sin evaluar, el contenido del mandato. Es decir, se obedece por la confianza que le tiene al médico debido a que esta obediencia se basa en el hecho de que sus imperativos son efectivos y benéficos. Con esto, entramos a las prácticas embrutecedoras encontradas en campo.

### **A mí no me explican nada: confirmar la desigualdad de inteligencias**

Acaso, ¿el mandato sólo requiere que el destinatario ajuste su voluntad e inteligencia a la del mandante y no que conozca las razones que sostienen el mandato? Podemos suponer que el mandato -como imperativo- únicamente se limita a exigir la acción del gobernado. Aquí el paciente no requiere comprender las deliberaciones que sustentan el mandato, únicamente requiere comprender lo que



se le ha ordenado: el autocuidado. De hecho, una de las médicas entrevistadas reconocía que: “parte del paternalismo es que nosotros queremos resolverle la vida al paciente *sin decirle qué es lo que sucede*”.

En el presente estudio se ha encontrado que las personas mayores y sus familias reciben escasa información acerca de la etiología de las enfermedades, los tratamientos, los pronósticos y las complicaciones que se pueden presentar. Generalmente la información que se ofrece al paciente es el diagnóstico (que suelen comprender con dificultades) y el mandato acerca del tratamiento que deben llevar. Lo que se ha visto es que el médico es quien decide la cantidad y tipo de información que provee a la persona con el padecimiento y a sus familias. Por ejemplo, Diana reconoce que son “pocos [los médicos] –ella supone que debido al limitado tiempo que tienen en las consultas- que explican”. Por ello, esta médica que durante un tiempo fue la encargada del área de salud de una institución de cuidados prolongados para adultos mayores, había tratado de convencer a los facultativos a su cargo de la importancia de “explicar y educar a los pacientes”, principalmente cuando atienden a personas mayores, pues -como ella misma dice-, “en la casa hogar yo siempre traté de hacerles consciencia a los médicos esa parte importante: explíquenle, díganle, porque de por sí ellos, las personas mayores, pierden ciertas capacidades, entonces si nosotros no los educamos en ese sentido sí va a haber mucho problema. En la cuestión de un médico familiar o un médico general son muy pocos los que le puedan decir, “¿sabe qué? Este medicamento le funciona así y va ocasionarle esto”. No lo hacen”.

Entonces, a pesar de que los médicos saben acerca de la importancia de que la persona con el padecimiento conozca su enfermedad y sus tratamientos, suelen mantener el conocimiento en la secrecía. En este sentido, Diana reconoce que: “sí hay cierto impacto cuando al adulto mayor le muestras, no de forma paternalista, ‘es que debes hacer las cosas así porque esto te va a suceder’; simplemente que tomen consciencia, ellos, dándoles las herramientas necesarias y orientándolos y creo que sí llega a tener un impacto en las personas mayores para evitar este tipo de enfermedades”. Ella dice que:

Es lo mismo que te digo de la parte de empoderamiento: si un médico le explica cómo funciona el medicamento, a lo mejor para la presión o para la azúcar, al paciente, él va a saber comprender muchas cosas que ese medicamento le puede provocar en su cuerpo. Por ejemplo, si yo no le digo al paciente que está en riesgo de que le dé una hipoglucemia y si yo no le digo qué es lo que tiene que hacer, en ese momento de la hipoglucemia, el paciente nunca va a querer tomar ese medicamento que usó por temor a que le vuelve a pasar lo que le sucedió con la bajada de azúcar. Pero, si yo le explico cómo funciona y qué debe evitar para llegar a la hipoglucemia va haber un buen apego al tratamiento.

Esta facultativa a través de ejemplos y eludiendo explicaciones complicadas y ambiguas, trata de enseñar a las personas acerca del funcionamiento de los medicamentos. Ella, cuando llega un paciente nuevo, les explica “para que ellos mismos sepan qué hacer” y, entonces, les dice, “por ejemplo, tenemos un órgano que se llama páncreas, éste tiene células que producen insulina que sirve para esto”. Ella suele utilizar materiales gráficos para apoyar sus explicaciones, pues todo lo hace “con dibujitos y con esquemas”. Al finalizar ella les pregunta, “¿si le pongo insulina cree que sea mala para usted?” Luego de las explicaciones los pacientes, al comprender cómo funciona la insulina, le responden: “No, porque nosotros la producimos”. Pero, también ella sabe que esta labor no es común entre los médicos: “Es la parte que nos falta al personal médico: explicar la patología y el padecimiento que tienen y la cuestión de cómo funciona”.

Diana sabe que la diferencia de conocimientos no es sinónimo de desigualdad de inteligencias, por ello afirma que a una persona a la que no se le informa ni se le enseña cómo se desarrolla la enfermedad y cómo funcionan los medicamentos, puede abandonar el tratamiento debido a los “malentendidos” derivado de los posibles efectos que puedan tener los fármacos. Para esta médica, “hay varios factores que las personas satanizan, por ejemplo, cuando les das insulina, pues la gente cree que causa ceguera y aumento de peso”. Ella aclara que estos pueden ser efectos secundarios, pero el verdadero problema es que los

pacientes “son mal informados” o simplemente no reciben ninguna información. Diana dice que: “no es que te deje ciego, es que tus niveles de azúcar están elevados y cuando te ponen insulina comienza a regularizarlos; entonces empieza a haber acomodaciones en el cristalino y empiezas a tener una visión borrosa. Pero no quiere decir que te está dejando ciego, simplemente están bajando tus niveles y tienes que acudir con el oftalmólogo para que te haga una nueva graduación. *Pero es la parte que no les dicen*”.

Sin embargo, este ejercicio no es la norma. El “secreto” -como se ha dado por llamar aquí a esta estrategia embrutecedora- supone una relación y diferenciación entre quien lo posee y quien carece de éste. Es más, para el dispositivo clínico el secreto tiene la capacidad de establecer un corte entre el uso común del conocimiento y quienes pueden tenerlo; por tanto, el secreto es lo que separa, en este caso, el saber del no-saber. Para Simmel (2015 (1908)), el secreto implica la diferenciación entre quienes lo poseen y quienes se ven impedidos de obtenerlo; asimismo, la propiedad del secreto, de lo oculto, fortalece simbólicamente el valor de eso que se oculta y de quien lo posee. Por tanto, para este sociólogo las relaciones humanas no sólo se desarrollan sobre la base de un saber mutuo, sino que también están integradas por lo que sabe uno, pero no el otro. Este ocultamiento es el secreto. Es así que expresa un sentimiento de la *diferencia* entre quienes lo poseen y quienes se ven privados de éste.

### **A mí no me explican nada**

Recordemos que Samuel había dicho que el médico: “Tal vez trate un poco de explicarte, pero definitivamente hay un abismo que uno no recorre, simplemente das las instrucciones.” En otra de las entrevistas este médico ha reconocido: “Yo creo que son escasas las explicaciones que le da el médico al paciente acerca de su enfermedad”. Con lo que se pone en evidencia que difícilmente la persona con el padecimiento es informada acerca de las causas, procesos y pronóstico de la enfermedad que le aqueja, sino que únicamente recibe un diagnóstico y la prescripción del tratamiento. En tanto que el tratamiento se limita a una orden que

no es explicada, en la que no se explicitan los motivos, el sentido de ésta ni cómo funciona el tratamiento; tampoco los posibles efectos que los medicamentos o las restricciones alimentarias pueden tener en el paciente, tampoco alternativas de fármacos o comestibles, simplemente se ordena lo que se *debe* hacer.

Una de las médicas entrevistadas que ha recibido pacientes a quienes otros médicos les han prescrito insulina por la diabetes que les aqueja, ha notado que una buena proporción de personas no saben cómo usar este fármaco; desconocen cómo administrarlo y las prácticas necesarias para su conservación (como la refrigeración). Esta médica, en varias ocasiones, les ha preguntado a los pacientes si los médicos les explicaron algo acerca del uso del medicamento. Ellos responden que no les dicen nada y, en todo caso, los médicos sólo les indican que deben aplicar la insulina en el brazo, pero ignoran la cantidad que se deben suministrar y el procedimiento adecuado (si es inyectada o si deben comprar alguna aplicación para su uso). Lo mismo, ha observado esta médica, sucede con las personas que presentan sobrepeso y obesidad, pues ella ha visto que no les explican nada, no les proporcionan un plan alimenticio, ni los refieren a los servicios de nutrición y únicamente les ordenan restricciones alimentarias que principalmente son prohibiciones de consumo de bebidas azucaradas, sal, embutidos, alimentos fritos y capeados sin explicitar las causas; sólo señalando que son “malos”.

Esta falta de enseñanza no es extraña, pues generalmente, entre las personas entrevistadas, son muy limitadas o nulas las explicaciones e información que han recibido. Por ejemplo, Martha, la nuera y principal cuidadora de Eleuteria, no cuenta con información acerca del proceso de desarrollo de la enfermedad o las complicaciones que se pueden enfrentar. Ella afirma que: “Entonces, pues yo creo que en este momento no es difícil; no sé al rato que se le vaya a complicar esto de la diabetes. No sé, no sé si vaya a ser difícil”. Estas personas carecen de información y conocimientos acerca de lo que pueden esperar con el padecimiento crónico y sus efectos degenerativos, por lo que pueden vivir el proceso lleno de incertidumbres y con limitaciones para poder planear los cuidados y acciones necesarias para atender en el futuro a la persona mayor.

Josefina ha recibido explicaciones por parte de los médicos, pero ella misma reconoce que esto no suele ser la regla sino una excepción. Los médicos le han señalado que las complicaciones que hoy enfrenta, como el caso de la insuficiencia renal, se debe a la diabetes. Sin embargo, en el caso de la misma diabetes, la hipertensión, angina de pecho, entre otras, no ha recibido ninguna información. En todo caso le han explicado el proceso de la leucemia en el que le han comentado que “su médula está produciendo células malignas, pero [los médicos] no se explican por qué”.

En otra ocasión, por ejemplo, luego de recibir el diagnóstico de trombocitemia, que es cuando la médula ósea produce demasiadas plaquetas sin causas conocidas, la médica que atendió a Josefina no le explicó nada acerca del padecimiento a pesar de que Josefina le preguntó. La médica simplemente le dijo, “cuando le pregunten, “¿qué tiene?” Usted nada más diga que trombocitemia”. Josefina cuenta que ella le pidió nuevamente que le explicara qué le ocurría, pues ella no sabía ni entendía qué le pasaba. Nuevamente la médica le dijo: “Usted nada más dígalas que tiene trombocitemia esencial y punto”. Josefina concluye diciendo: “quién sabe qué sea la trombocitemia esencial”. De hecho, al preguntarle si los médicos le han explicado algo de las enfermedades que padece, ella respondió que: “no, que explicarle a uno no; le dan un diagnóstico y ya”.

Chela ha sufrido “caídas” en la calle debido a que pierde el sentido. Este cuadro se presenta acompañado de una sensación de hambre excesiva y “sudor frío”, pero el médico no le ha señalado a qué se debe y sólo le ha recomendado que siempre que salga lleve consigo algo de pan y una Coca Cola para que pueda comer y beber cuando presente los síntomas. Al preguntarle, a esta mujer, si le han dicho cuál es la causa de esto, ella responde que sólo le han dicho que es por la diabetes, pero no le han aclarado el proceso por el cual suceden sus desmayos; incluso, también explica que se debe a sus niveles de triglicéridos.

Al preguntarle a Ernestina si el médico le había explicado las causas de la diabetes y el proceso de esta enfermedad, ella cuenta que el médico sí lo hizo; sin

embargo, el médico únicamente lo que mencionó fue el diagnóstico, pero no le explicó nada más. Es así que ella supone que puede ser derivado de un coraje, como entiende que fue en el caso de su madre, o por herencia, debido a que su madre lo padecía. En todo caso, ella dice que no le hace caso a la enfermedad y sólo asiste al médico cuando tiene cita y, ahí, el médico sólo “le receta”; en otras palabras, simplemente le ordena un tratamiento. Ella misma dice que no sabe qué le está ocurriendo, cómo se desarrolla la diabetes o qué puedes esperar.

La información muchas veces suele ser ambigua, por lo que las personas suelen estar confundidas. Por ejemplo, en el caso de Magos, quien supone que padece de un “Parkinson que no es del tipo “malo”, porque hay otros –según ella entiende el padecimiento- “en los que uno olvida todo”. Por supuesto que esta mujer no reconoce que esta enfermedad es progresiva y que corresponde a una demencia. Tampoco ha recibido información acerca del sentido de la “cronicidad” de su enfermedad. En este mismo caso, Socorro, quien afirma que los médicos “sólo le dan el diagnóstico”, señala que no tiene claro si es “de la artritis no agresiva”, “reactiva” u “otro tipo de artritis”, como le dijo el último médico al que consultó.

El conocimiento biomédico aparece como un saber sagrado, es decir ajeno al uso común de la gente y se expresa desde el secreto que no enseña sus motivaciones ni sus razonamientos. En la práctica clínica parecen no existir criterios definidos acerca de las explicaciones e información que se le debe brindar a las personas con el padecimiento, sino que es el médico quien decide, basado en sus propios criterios, cuál es la información que da al paciente y cuál mantiene en la secrecía. El hecho es que esta clausura del conocimiento la podemos considerar como una técnica que embrutece, pues en lugar de forzar la capacidad e inteligencia de la persona con el padecimiento, se limita su capacidad de autogobierno al mantener en la ignorancia al sujeto. Con ello, se evita un proceso de atención emancipada donde se pueda reconocer como un igual al médico; no porque ambos posean el mismo conocimiento, sino en cuanto a la facultad de la inteligencia.

Sólo en los casos en los que las personas preguntan es que suelen recibir algún tipo de información. En este caso, Altigracia cuenta que los médicos no le dicen nada “solamente que uno les pregunte”. Por ejemplo, cuenta que debido a un dolor constante en la rodilla ella tuvo que preguntar al médico y de esta forma le dijeron que se debe a los cartílagos de la rodilla. Aunque no le precisaron qué ocurría en sus cartílagos. En su caso, Josefina cuenta que suele no tener dudas, pero lo cierto es que ella prefiere no preguntar al médico. Ella dice de sí misma, que es muy rara y que siente *vergüenza* al preguntar y prefiere quedarse con sus dudas. La vergüenza que siente esta mujer y que le impide cuestionar al médico es una señal de los ordenamientos sociales que impone una desigualdad en la relación entre el médico y el paciente, que moralmente será virtuoso si obedece y evita cualquier cuestionamiento a la orden y autoridad médica. La información en la interacción entre el médico y el paciente se encuentra mediada por esta distribución de las partes que fija los lugares y funciones que cada uno deberá desempeñar y por la capacidad de desempeñarlos con coherencia. Es así que el médico, como imperador, no tiene porqué explicitar el contenido de su orden, del diagnóstico, ni el pronóstico y el paciente como imperado no puede cuestionarlas.

En cambio, Male, hija de Josefina, sí indaga con los médicos acerca del padecimiento de su madre y cuenta que ella les ha preguntado por qué su madre puede presentar ciertos síntomas, estados de malestar y gravedad. Male le ha dicho a su madre que debe preguntar, pero su madre le dice que no lo hace, porque le da pena. Male afirma que: “Si usted no pregunta, no le dicen nada, no le dan explicaciones. Yo siempre le estoy preguntando”.

Pero preguntarle al médico no asegura que se pueda recibir información. En ciertos casos, como el de Socorro, se niega el acceso al conocimiento y la autoridad no permite ser cuestionada, principalmente si esto cuestiona los límites del conocimiento mismo y su efectividad. Socorro cuenta que al preguntarle al médico “¿de qué viene la artritis?” que padece y le ha afectado la visión, de manera irónica le contestó “que si él supiera ya se hubiera sacado el premio Nobel de la Paz”. Para esta mujer la respuesta le ocasionó darse cuenta del embrutecimiento derivado de

la supuesta desigualdad de inteligencias, pues afirma que: “Digo, no son contestaciones. Yo soy una persona, un humano también, no soy estudiado, pero...”

### **Le hablan a uno con palabras de médico que uno no entiende.**

El discurso médico está construido con un lenguaje especializado que no permite o dificulta la comunicación. Este lenguaje de los especialistas resulta difícil de comprender a las personas con el padecimiento que no son parte del círculo de “expertos” y es así que comprenden su supuesta incapacidad. Parecería que este lenguaje es parte importante de la distribución desigual, pues el profano, al no entenderlo sólo puede seguir las prescripciones que le hace el médico. A este respecto Socorro cuenta que: “otras veces también les pregunto [a los médicos], “yo quiero que me haga favor, si no es mucha molestia, de explicarme esto porque no estudié. Ustedes hablan con muchos tecnicismos y, al menos yo, no entiendo, quiero que me lo descifre mejor””.

Josefina ha experimentado confusión e incertidumbre debido al lenguaje técnico que utilizan los médicos. Ella dice acerca de las consultas médicas, cuando le han dado algún diagnóstico, que: “Ahí no entiende uno las palabras que le dicen a uno, pues dice uno, ¿pues cómo?, ¿qué voy hacer?, ¿qué querrá decir eso? Explicarle exactamente a uno, no. Le dan un diagnóstico y ya”. Ella dice que: “Le hablan a uno con palabras de médico que uno no entiende”.

Esto lo reconoce Diana, pues para ella, en su labor clínica, le ha resultado muy complicado poder comunicar a las personas el diagnóstico, el proceso de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico. Sin embargo, esta dificultad no se debe a características personales del médico sino a que el dispositivo mismo forma a los clínicos para que sean incapaces de comunicar efectivamente la información a los pacientes. Así, para esta médica, el dispositivo biomédico no ha formado a los facultativos para poder comunicarse con los pacientes y cuenta que: “Sí, hablamos con muchos tecnicismos. Es en parte la formación que tuvimos”. Esta médica, luego de tomar un diplomado en educación en diabetes, tuvo que aprender a comunicarse de manera más clara y asequible con sus pacientes, pues “le traían casi con una



regla [aprender a comunicar] porque tenía que explicarle al paciente en su lenguaje, en su cultura y en su nivel”. Pero ella reconoce que esto le resultó difícil. No es extraño que, como decía uno de los médicos, “no estamos formados para eso”. Así es que la “formación” como médicos se realiza, también, a través de géneros discursivos estándar que impone cierta estabilidad y obligatoriedad (normatividad) en la manera en la cual se podrán comunicar, comunicando la desigualdad.

Cabe decir que este embrutecimiento tiene efectos -que van más allá de abandonar el tratamiento, como se ha visto- en la forma de aprehender el mandato (que por un lado impone el deber de autocuidado y, por otra, confirma la incapacidad). Por ejemplo, aun si ha recibido ciertas explicaciones, éstas no alcanzan para que Chela entienda qué le sucede. Esto se puede ver en la confusión que prevalece al explicar sus desmayos, pues para ella -que no sólo enfrenta la hipoglucemia derivada de la diabetes, sino que enfrenta un peligroso incremento en los triglicéridos- no es claro si se debe a la diabetes o a que no le “sube la sangre al cerebro” debido a sus triglicéridos (los cuales no sabe qué son).

Ocho días antes de una de las entrevistas, Chela sufrió un desmayo. Los médicos le mandaron hacer una serie de estudios y le dijeron que “no le sube la sangre al cerebro” y -ella cuenta- “que sólo le dieron unas pastillas y la cosa es que se siente igual”. Posteriormente le dijeron que este episodio se debió a sus niveles de triglicéridos (a pesar de que en otra entrevista -como se ha mencionado- afirmaba que se debía a la diabetes). Al preguntarle si el médico le explicó qué era eso de los triglicéridos y cómo es que habían ocasionado su desmayo, ella afirmó que: “No, nunca me han dicho, sólo me da el medicamento. Pues me dijo que la sangre ya no me llegó a la cabeza y sólo me recomendó que me tome las pastillas y que coma verduras y que no coma grasoso, no me dio una dieta especial”.

El hecho es que Chela, quien no ha percibido mejoría con el medicamento prescrito, ha decidido para controlar los mareos y náuseas, recurrir a un medicamento que con anterioridad, por los mismos síntomas, pero distinta causa, fue prescrito a su hijo. Ella dice: “Yo para el asco también, en la mañana me dio un

asco y me tome la Piridoxina. Sé que es buena porque se la daban a mis hijos cuando estaban chiquitos, cuando se vomitaban. Yo siempre la he tenido ahí por si se vayan a vomitar. En la mañana que tenía el asquito me acordé de las gotitas y me tomé 20 gotitas y se me pasó. Son buenísimas”. En este caso, aunque se puede responsabilizar a Chela por la automedicación, también se advierte que ella no reconoce para qué padecimientos puede ser utilizado el medicamento; ella tampoco recibió información ni le advirtieron del uso del medicamento ni acerca de su padecimiento. No se permitió que Chela pudiera ejercer de manera emancipada su autotratamiento, pero sí se favoreció el autocuidado.

Pero el caso más extremo es el de Socorro, pues incluso se puede suponer que hubo negligencia médica. A esta mujer, para sus afecciones visuales, el médico, en el Hospital de la Ceguera, le prescribió cortisona; posteriormente, este mismo medicamento fue prescrito en el ISSSTE, en el Hospital Zaragoza, para controlar la artritis diagnosticada. Los médicos nunca le señalaron a Socorro cuánto tiempo debía consumir el medicamento, de hecho, ella lo utilizó por nueve años. Hoy en día, esta mujer, sufre de osteoporosis, probablemente causada por el uso continuo de este medicamento, pues Socorro dejó de usar la cortisona hasta que una médica, en el Hospital de la Raza, al elaborar su historia clínica, se dio cuenta del uso prolongado de esta sustancia por lo que informó al reumatólogo, que atendía a Socorro, que era preciso retirar el fármaco. Socorro usó el medicamento porque lo ordenó el médico.

### **Umbral**

A través de este recorrido ha sido posible dar cuenta de la verificación de la desigualdad que prevalece en el dispositivo biomédico. Esta distribución sensible que describen los facultativos y las personas con el padecimiento ha sido llamada *paternalismo médico*. Según Viesca (2017), el paternalismo ha estado presente en la práctica médica, pues es del consenso común que el papel del médico es el de “proteger a sus pacientes” y tomar *decisiones* en cuanto a su salud y la promoción de la misma, así como el diagnóstico de las enfermedades y su manejo. Mientras que para Linares (2017), el paternalismo médico funciona como un discurso

justificatorio, que con base en el “propio bien” del paciente, no atiende las decisiones u opiniones, ni informa correctamente a estos últimos por lo que es –de acuerdo a este autor- una relación de dominación patriarcal en la que al mismo tiempo que existe un sentido de responsabilidad y cuidado por el otro, en muchas ocasiones valida excesos y abusos.

Kant (2017) afirmaba que un gobierno que se estableciera según el principio de la benevolencia para con el pueblo, como el de un padre con sus hijos, es un gobierno paternalista, en la que los súbditos, como niños menores de edad, que no pueden distinguir entre lo que es útil y nocivo, se ven forzados a comportarse de manera pasiva. Por tal, reconocía que todo paternalismo es un despotismo. Pero Kant está pensando esta cuestión desde la autonomía como expresión de la libertad. Algo que ha trascendido y, por ejemplo, Dworkin va a entender el paternalismo en su paradigmática definición como “la interferencia en la libertad de acción de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o los valores de la persona coaccionada” (Dworkin 1972, 64).<sup>73</sup>

Pero si lo pensamos en términos del orden sensible podemos advertir que se trata de una postura de embrutecimiento. Por ejemplo, en las propuestas de Locke (2014), para quien el ejercicio de la libertad sólo podía ser interrumpido por un gobierno paternal en el caso de los individuos que se encuentran en un estado en el que no tienen discernimiento para dirigir su voluntad, pues -como supone- la libertad y el actuar de acuerdo a la propia voluntad se fundamenta en la posesión de la razón. En tanto que Stuart-Mill (2014) refiere que la única razón para perturbar la libertad de un individuo es que resulte perjudicial para sí o para otros. Pero, como advierte, la libertad sólo se aplica a quienes se hallen en la plenitud de facultades. Por lo que refiere que en el caso de las personas o civilizaciones que se encuentren en la “minoría de edad”, el despotismo sería una forma legítima de gobierno. Es así que, si observamos que la práctica del mandato despótico o el paternalismo es una

---

<sup>73</sup> En el original: the interference with a person’s liberty of action justified by reasons referring exclusively to the welfare, good, happiness, needs, interests, or values of the person being coerced.

práctica común en el dispositivo biomédico, es factible considerar que existe una verificación de la desigualdad de inteligencias donde el médico que tiene la capacidad de razonar, saber y tiene la facultad de la inteligencia debe mandar a quien carece por completo de esta facultad o es supuestamente incapaz de la inteligencia.

Similar a Aristóteles (1971), parece que los médicos reconocen que el hombre incontinente, si bien no es raro de encontrar, sólo se encuentra entre los *bárbaros* y entonces se preguntan, ¿cómo es posible que el hombre que juzga sanamente lo que hace se deje arrastrar por la intemperancia? Es así que se da por hecho que los hábitos, estilos de vida de riesgo e inadherencia terapéutica son resultado de la labilidad moral de los sujetos. Kant (2012 [1784]) suponía que el principio moral es en el hombre una luz que jamás se apaga y la razón crece conforme al principio moral e incesantemente a la par que la más desarrollada cultura. De hecho, en el pensamiento de este filósofo de la Ilustración, la pereza y la cobardía son las causas merced a las cuales los hombres no son capaces de servirse de su propio entendimiento y requieren de otro para guiarlos. Entonces, quien desobedece el mandato o no actúa en favor de su propio “bien” es visto como un ser irracional, cobarde, ignorante e intemperante; es decir, un sujeto carente del *logos*, la inteligencia y capacidad de ser libre. Es un sujeto incapaz y desigual al que se debe gobernar.

En todo caso, habría que eludir las perspectivas que refieren únicamente el problema del paternalismo a un problema ético y moral del propio médico. De lo que nos habla es no sólo de una cuestión de ejercicio de la libertad, sino de un orden sensible desigual donde no es únicamente la obliteración de la autonomía del paciente lo que ocurre. Esto sugiere a que la práctica médica es, en todo caso, una práctica antipolítica donde, en términos de mando y obediencia, el médico ocupa el lugar de gobernante y el paciente de mero ejecutor debido a que carece del título necesario para ser considerado un igual y como tal no es visto ni oído, ni puede expresar su opinión.

En resumen, lo que se puede observar es que la forma como se simboliza la “comunidad” en el dispositivo de gobierno biomédico pone en evidencia la manera como son contadas y distribuidas las partes de manera antipolítica porque no representa una cuenta litigiosa o disensual donde se puede apreciar la ruptura con los lugares entre el gobernante y el gobernado, pero tampoco que cuestione las funciones y los títulos. En cambio, es posible apreciar una lógica “policia” -del tipo de lo que Rancière (1996; 2011; 2012; 2019; 2019b) propone-, pues cuenta y agrega las partes de acuerdo a los diferentes títulos, funciones y lugares. Como tal supone la realización de una forma de ser común que separa a quienes gobiernan debido a las propiedades que los califican para gobernar (los títulos y las competencias) de quienes no pueden ejercer esta función porque carecen de cualquier título y como tal no tienen “voz” (o como dice el mismo Samuel “no son tomados en cuenta”). Es decir, hay una participación entre los que “saben” y los que supuestamente carecen de cualquier saber. Con ello, se puede decir que no hay un mandato político donde aparezca el sujeto democrático, ese que puede gobernar a pesar de carecer del título. Entonces, no ocurre aquello que Gadamer va a plantear cuando dice que: el “arte de la medicina alcanza su perfección cuando se repliega sobre sí misma y deja en libertad al otro” (2017, 57).

Es factible pensar que la práctica médica está dominada y ordenada “consensualmente” en su ejercicio de gobierno por el mandato de tipo *despótico* que no sólo implica que se exprese en forma de imperativo, sino que es la condición para la reproducción de una distribución sensible de posiciones desiguales. Por otro lado, se ha evidenciado la estrategia de “embrutecimiento” donde se reafirma sistemáticamente la desigualdad e “incapacidad” de la persona para poder llevar de manera emancipada su proceso de atención, pues, en vez de forzar su capacidad y saberes, debe “comprender” su posición de inferioridad y exclusión del saber biomédico, así como la confirmación de la necesidad de atención médica y legitimidad de sus títulos.

Finalmente, muy relacionado con lo anterior, a diferencia de otras propuestas que observan cierto conflicto entre los saberes biomédicos y los populares, entre la

experiencia del padecer y el saber biomédico, aquí se ha observado que al predominar el “consenso” en el reparto sensible de los lugares, los títulos, las funciones y competencias son aceptados, “acordados” y reconocidas por ambas partes. Es decir, que cualquiera que sea la divergencia de saberes, racionalidades, demandas o cuestionamientos el resultado es que los conflictos se convierten en problemas que, mediante negociaciones, centramiento en la persona, empoderamientos y estrategias comunicativas, incluyen ciertas demandas; pero *pretende* eliminar cualquier elemento político o disensual, pues no reconfigura, cuestiona, ni trastoca en lo fundamental el reparto de posiciones y desigualdad. De esta manera podemos señalar que los cuestionamientos al paternalismo biomédico y las propuestas de medicinas centradas en la persona, las estrategias de empoderamiento, el rescate de las narrativas del padecer, entre otras, se verían limitadas en su potencia *disensual* en tanto no se promuevan procesos de atención emancipatorios y se intervenga en la distribución sensible del dispositivo biomédico.

## **CAPÍTULO 6. LA APREHENSIÓN DEL MANDATO EN LA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN.**

En este capítulo, por medio de la información recabada en campo, se busca describir y analizar la aprehensión del mandato en la trayectoria de atención al padecer crónico, que elabora la persona mayor con el padecimiento crónico. Con este fin se presentan los saberes etiológicos, los diagnósticos, las pautas de búsqueda de atención, las formas en cómo aprenden a atender y cuidar el padecer crónico y los sistemas de elección de los modelos de atención que mantienen en sus trayectorias de atención.

### **Saberes etiológicos**

Aurora en su consultorio cuenta que a ella le gusta escuchar las historias de las personas para comprender su situación. Ella, a través de las narrativas, ha podido dar cuenta de las diferentes explicaciones que tienen las personas acerca de su padecimiento crónico. Lo que es claro, es que ella ha observado, en la narración del padecer, un proceso complejo que trasciende las etiologías biomédicas. En la experiencia de las personas se incluyen de manera amplia diversos elementos como dificultades económicas, conflictos sociales, emocionales y otras causas de sufrimiento como orígenes del padecer.

A mí sí me gusta escuchar sus historias y ver la situación. Yo siempre les pregunto, “¿por qué te enfermaste?” Unos te dicen, “es que no me cuidé”; otros te dicen, “es que recibí un susto”. Entonces empiezas a ver un poco sus historias y ver qué es lo que está pasando en cada persona. Una de las cosas que más he detectado es que son historias donde ha habido muchas carencias en esta población que yo atiendo. En muchas otras, a lo mejor sí tiene que ver que llevaron vidas con mucho estrés; en otras son duelos, que a lo mejor se murió la mamá y tenía un apego con esa persona y también se desarrolla la enfermedad. Entonces, ¿qué hago? Yo le entro a todo: si tengo que trabajar duelo, adelante. Trabajo duelo con algunas técnicas y trato de contener esa parte. ¿Por qué? Porque yo percibo que cuando se liberan de esa parte como que ya están más despejados y ya pueden pensar más en qué es el autocuidado y en qué pueden comer. Cuando tú traes un montón de rollos a

nivel emocional no estás pensando si vas a comer nopalitos, ensaladitas o eso; estás pensando en tus problemas familiares.

En las narraciones de las trayectorias de atención se ha podido observar que las personas cuentan con un saber etiológico acerca de su padecer. Estos saberes son usados por las personas para dar sentido al padecimiento y explicarse a sí mismos, y a los otros, tanto la causalidad del padecer como de las complicaciones y los momentos cuando se agudizan los síntomas. Tales saberes intervienen en las decisiones y elecciones de las prácticas de atención para manejar cada evento del padecer en general. Osorio (2011) señala que estos saberes muchas veces van más allá de la identificación de un agente patógeno específico y pueden incorporar también situaciones enfermantes o conductas de exposición al riesgo a las que se ve sometido el enfermo y que permiten explicar el padecimiento [y las complicaciones] en cuestión. En estos saberes etiológicos pueden integrar en una relación de síntesis u oposición a los biomédicos, pero no se limitan a estos, por lo que se pueden encontrar referencias a síndromes de filiación cultural, sobrecarga de trabajo, largos períodos de ayuno y vigilia descrito como “malpasarse”, además de negligencias médicas. Es decir, una serie de episodios vitales y conflictos sociales, comunales, emocionales, económicos y culturales.

### **Del padecer crónico**

*De ahí me empezaron todos los males: el evento desencadenante*

Era sábado cuando Raquel, luego de terminar de lavar ropa y tenderla al sol en la azotea de su casa y dirigirse a las escaleras para bajar, se encontró con un bote en su camino al que le dio una patada. Del bote salió un ratón al que alcanzó a pisar y matar. Ella miró la sangre en su zapato y siguió su camino a las escaleras. Al bajar -cuenta- sintió un viento extraño “que la aventó” y una voz que le llamaba; se sintió mareada y perdió el conocimiento. Dice que se fue “lejos, lejos en su mente” y cayó de las escaleras. Por la caída sufrió una fractura en una pierna y fue una de sus hijas quien la encontró en el suelo y sin sentido. Luego, Raquel fue trasladada a un hospital del Seguro Social en una ambulancia. En el hospital estuvo internada, le realizaron una cirugía y la refirieron a rehabilitación.



Para Raquel la caída es el momento desencadenante o momento liminal en que se inicia su proceso mórbido, pues lo refiere como una especie de reacción en cadena donde van a interactuar diversas explicaciones de su padecer crónico que incluye HTA, gastritis, nervios o “depresión” (como le llama a la afección psicológica que le aqueja),<sup>74</sup> incontinencia urinaria y dificultades motrices. Es decir, para Raquel cada uno de sus padecimientos no son entidades aisladas, sino que en su experiencia y representación se encuentran relacionadas en un único padecer que son resultado de las secuelas de esa caída. Raquel afirma que: “La caída inició todas las enfermedades” y así “empezaron todas esas cosas”. Asimismo, para Raquel, debido a que “camina mal, entonces su estómago ya está mal, pues está ladeado” y en consecuencia ha desarrollado gastritis. Pero, también, lo relaciona con la hipertensión, de la cual se dio cuenta porque se “sentía mal de la cabeza”, presentaba cefaleas, y fue con el médico, quien le diagnosticó hipertensión. También fue por el accidente –dice esta mujer- que empezó a padecer de los nervios y dice: “Yo no era nerviosa, yo era muy tranquila. Tengo mi carácter fuerte, pero nervios no tenía yo. Pero desde entonces me vinieron los nervios”.

Su hija, la cuidadora principal, comparte esta misma explicación de los padecimientos de su madre. Pero en ella, podemos ver cómo relaciona el “accidente” -como le llama- con una explicación anatomofisiológica e incluye otros elementos como los constantes estados de vigilia y ayuno que generalmente son definidos como “malpasarse” y que merman la capacidad corporal de respuesta y recuperación de los elementos patógenos. En otras palabras, vemos que en la causalidad hay un hecho desencadenante (la caída), que enlaza las diferentes enfermedades en un *continuum* que es vivido y entendido como el padecer crónico, donde se vinculan diversas causalidades.

---

<sup>74</sup> Por la información y observaciones en campo parecería que esta mujer enfrenta un trastorno de ansiedad, pues presenta temores y estados de ansiedad constante acompañados de ideaciones obsesivas. Ella comenta que la depresión es: “como un susto, como que algo me va a pasar”. Me descontrolo de los nervios. Me siento que no veo, me mareo. Que me estoy entumiendo, como que se me empaña la vista, como que quisiera irme, correr, salirme, caminar lejos al campo por allá. Entonces me aguanto”.

Para ella, luego de que su madre sufrió el accidente y comenzó a ir al médico y posteriormente a rehabilitación física, “quedó mal su columna y comenzó a desviársele, por lo que el estómago y todos sus órganos están torcidos; no están en su lugar”. De hecho, dice que “con el golpe apareció la hipertensión” y entonces se “le desprendió todo” (para hacer referencia a este proceso continuo de aparición y acumulación de comorbilidades), pues también “ahí se le desprendió la incontinencia urinaria, de ahí se le desprendieron los nervios. Todo, todo. Porque eso le afectó todo su organismo; aunque se curó de su pierna, su organismo quedó ya sentido”. También señala que: “Todas las enfermedades se le *acumularon*”, también como resultado de “malpasarse”, pues “a veces comía y a veces no; se malpasaba, por eso mismo su estómago se le maleó”.

Pero detrás de la caída existen otras explicaciones más donde se incluyen los conflictos familiares y brujería. Con esto podemos ver el carácter dinámico de los saberes etiológicos, pues si bien iniciaron con la caída y las “malpasadas”, integraron a la causalidad otros elementos y fuentes de información. Durante un año, luego de la cirugía en su pierna, asistió a rehabilitación, pero no logró caminar nuevamente. Los médicos y rehabilitadores extrañados le dijeron que no sabían qué ocurría, pues ella debería de haber recobrado la movilidad en las piernas y simplemente le dijeron que su padecimiento “ya no era médico”. La rehabilitadora física del Seguro Social le dijo que “lo sentía, pero que tenía que darla de alta porque ya llevaba mucho tiempo en rehabilitación y mientras sus compañeros ya habían recobrado la movilidad ella no había adelantado nada”. Para esta terapeuta, la única opción era que Raquel volviera a casa a “descansar” (aceptar la condición de discapacidad) y permaneciera en silla de ruedas, pues ya no volvería a caminar. Sin más explicación, luego del año, fue dada de alta sin poder caminar. Raquel inmovilizada de la pierna y con un fuerte dolor, que según ella era semejante a un clavo que se le enterraba en el pie, pasó un tiempo sin saber qué hacer.

La hermana de Raquel, al ver el dolor y sufrimiento cotidiano de esta mujer, le explicó que el padecer era derivado de haber “agarrado un aire por el golpe que se dio”. Entonces, debido a que el padecer fue excluido de una condición médica,

sin más explicaciones, se abrió la puerta a buscar otra explicación y tratamiento con un hierbero. La hermana de Raquel conocía a un curador tradicional que era su compadre y vive en Catemaco, Veracruz, y constantemente le proponía que fueran a verlo. Raquel, en un principio, rechazó asistir con el compadre de su hermana, pues no creía que pudiera ayudar debido a que -como ella misma dice- los médicos, los “especialistas” –como les llama-, ya la habían “desahuciado”. Ella se mantenía incrédula acerca del uso de las hierbas para curarse. Sin embargo, la insistencia de la hermana, el dolor constante y la búsqueda de una alternativa para recuperarse hicieron que una de las hijas de Raquel le propusiera ir a ver al curador a Veracruz.

La renuencia de Raquel se mantuvo y argumentaba que no contaba con el dinero para trasladarse a Veracruz, pero en realidad suponía que la intención de su hermana era llevarla para, en el camino, arrojarla a un barranco. Su hija insistió y ofreció hacerse cargo del costo de traslado y atención. Raquel finalmente aceptó y fue acompañada por el más joven de sus hijos a casa de su hermana. Juntas viajaron a ver al hierbero. Al llegar con el curador -cuenta Raquel-, éste se le quedó viendo y la observaba mientras Raquel lloraba. El curador le pidió que secara sus lágrimas y le preguntó, “¿qué sentía?”. La mujer le respondió que no aguantaba el dolor que tenía desde la caída. El hierbero le dijo que él ya sabía que había sufrido ese accidente y que éste había sido ocasionado por un “daño negro” que le habían hecho.

Raquel no entendió a que se referían con el “daño negro” y asustada preguntó si su pie ennegrecería. El hierbero le respondió que no y que se refería a que alguien le había hecho un “daño”; que una persona había pagado para que la “trabajaran”. El curador le cuestionó si tenía problemas con alguien, si se había disgustado o peleado con alguna persona; pero Raquel ignoraba la existencia de conflictos. Entonces, el mismo hierbero le sugirió que había sido una de sus nueras, con quien cohabitaba, la causante de este daño. Raquel respondió que ella tenía dos nueras. Este curador, luego de la aclaración de la mujer, le dijo que él ya sabía que eran dos, pero que había sido la “primera” quien había pagado para que le hicieran el “trabajo”.

Esta mujer asistió con el curador cada semana durante varios meses. Ahí recibía limpias con huevo y baños de hierbas como albahaca, hierbabuena, claveles rojos, limones agrios, además de listoncitos de colores. Raquel dice que el hierbero la curó del daño negro. Ella recobró la movilidad en la pierna, dejó de usar bastón, muletas y la silla de ruedas. Raquel cuenta que: “Yo no se lo creía. Yo dije, “¿cómo me va aliviar ese señor?”. Bueno –dije- si camino con sus remedios que me hace, entonces sí lo voy a creer. Sí, ahí tiene que caminaba, empecé a caminar y hasta bailaba, sí”. En tanto que su hija afirma que: “El hierbero la curó y salió adelante, si no ya tuviera 30 o 35 años de muerta”.

Sobra decir que este padecimiento al quedar fuera del marco de comprensión biomédico de los facultativos y la rehabilitadora simplemente fue excluido. Es muy probable que esta mujer viviera un conflicto psíquico y que a través de las curaciones y las pláticas que mantuvo con el curador pudiera simbolizar y darle sentido a su padecimiento al poder enmarcarlo culturalmente dentro de un síndrome de filiación cultural. Pero, lo que queda claro es que la explicación del padecimiento de Raquel conjunta múltiples causas que coinciden en un hecho desencadenante a partir del cual se desarrolla el padecimiento, que es entendido como *continuum* en el que las enfermedades, los síntomas y las complicaciones no son distinguidas una de otra sino que se integran conjuntamente en la experiencia subjetiva del padecer crónico. También, se pueden encontrar múltiples voces en la explicación, tanto de ella misma, como de su hermana, el hierbero, los médicos y la rehabilitadora que conforman la etiología del padecer, que a través de su trayectoria de atención se ha ido transformado.

*De esa enfermedad se detonó todo: la enfermedad de origen*

Al preguntarle a Josefina las causas de sus diversas enfermedades ella señalaba, a diferencia de otros casos, que no había sido un evento crítico el detonante, sino que una enfermedad había sido el origen de sus posteriores padecimientos. En esta trayectoria, debido a que han recibido más explicaciones de los médicos, el saber biomédico ha sido integrado e interpretado por esta mujer y

su familia, por tanto, hay mayor presencia de este saber. Sin embargo, comparten con las otras perspectivas la multicausalidad dinámica y el *continuum* del padecer donde, al igual que en los otros casos, se conjunta el proceso de las comorbilidades, síntomas y signos, así como las complicaciones y discapacidad en una entidad que es el padecer crónico.

En este caso, derivado de la diabetes, que fue de las primeras enfermedades crónicas que le diagnosticaron (la primera fue la hipertensión), Josefina explica y se explica que se ocasionó la comorbilidad con la que vive. Ella dice: “De ahí se derivó todo, porque me dijo la doctora que todo lo que tengo se deriva de la azúcar: de la leucemia, el corazón. De lo que tengo”. Sin embargo, como Male señala, supieron de la leucemia porque le hicieron una biopsia de médula y les dijeron los médicos que su médula está produciendo células malignas, pero los médicos no se explican la razón. La doctora familiar que la atiende (y a la cual consideran de confianza) les ha dicho que ni ellos se explican la causa. También, dentro de sus explicaciones se encuentra el factor hereditario, por ejemplo, al referirse a su angina de pecho y diabetes supone que podría haberlo adquirido debido a que su madre también presentaba ambas afecciones.

Josefina integra a la etiología otros elementos como los conflictos familiares, como los que vivió con su esposo, las preocupaciones económicas, la sobrecarga de trabajo doméstico (al tener que atender a sus hijos y a su marido). Ella conjunta estas dificultades y conflictos en una categoría que define como las “presiones”. Estas presiones -ella señala- le “alteraban los nervios” y esto afectó la capacidad de respuesta y afrontamiento a las condiciones y agentes del malestar.

En sus saberes etiológicos se observa la síntesis, y relevancia, del saber biomédico con las condiciones de vida. En la multicausalidad del padecimiento que describe, se encuentran una conformación polifónica que puede incluir a los médicos, familiares y otras fuentes de información. Además, en el caso de Josefina la causalidad es dinámica, por ejemplo, como ya se ha mencionado, la primera explicación respecto a la hipertensión, que fue la primera enfermedad

diagnosticada, era la menopausia, la cual provenía de sus amistades, pero también de una de las diversas médicas a las que ha asistido. Sin embargo, esta explicación se ha ido transformando con el tiempo y ahora supone que, de acuerdo a lo que el médico le ha dicho, su padecimiento se debe a los estragos de la diabetes y por esa razón ella supone que de ahí se han derivado “todos sus males”.

*¿Fue por una impresión?*

Juliana padece ceguera en ambos ojos y ella no acierta a explicar la razón, pues diversos médicos le han informado que se podría deber a una retinopatía diabética, cataratas, desprendimiento de retina y a una negligencia médica en la que le destrozaron el nervio óptico. Sin embargo, ella no cuenta con un diagnóstico preciso. Ella misma cuenta que cuando trabajaba en un local comercial en el mercado de la Colonia donde habita, ella comenzó a sentir que su visión bajaba, entre otros síntomas como fatiga e intensa sed. Juliana, debido a estos síntomas buscó atención con un médico al que conocía de muchos años y le prescribieron análisis clínicos de glucosa, orina y sangre. Fue entonces que le diagnosticaron diabetes.

Ella explica que hace tiempo, aproximadamente en 1996, en la Colonia Campestre Aragón existía una banda de jóvenes, que en ese entonces tenían entre 12 y 14 años, que se hacían llamar *Los Explotados*. Un día que Juliana fue invitada a rezar el Rosario a casa de una vecina se percató que los comercios del lugar comenzaron a cerrar intempestivamente y advirtió que se debía a que un nutrido grupo de jóvenes, provenientes de una colonia aledaña, buscaban a *Los Explotados* por una rencilla. Los jóvenes hacían destrozos y Juliana, al ver esto, comenzó a temer por su seguridad e intentó refugiarse en casa de sus compadres, quienes habitan por ahí, pero no le abrieron la puerta; entonces, una vecina, le abrió la puerta y le permitió protegerse en su casa.

Ese día, Juliana traía consigo la suma de \$1000 pesos que le habían pagado a su esposo. Ella sintió el dinero en su bolsillo e imaginó que para robarle el dinero podrían asesinarla. Al ver a este grupo de jóvenes -como dice- “la impresión fue

mucha”. Cuenta que afortunadamente su vecina le permitió entrar a su casa, pero cuando cerraron la puerta los jóvenes rompieron los vidrios de las ventanas de la casa y estos les caían encima. Juliana dice que se impresionó mucho y “de ahí empezó con la diabetes”. Para ella, la diabetes es resultado de un fuerte sobresalto.

Ella cuenta que entonces comenzó a presentar enrojecimiento en los ojos. Al paso del tiempo comenzó a perder la vista. Ella fue intervenida quirúrgicamente de su ojo izquierdo los últimos días de septiembre del año 2000. La primera cirugía fue en el hospital Conde de Valencia. Ella decidió buscar atención en este lugar por recomendación de una amiga. Al principio asistió a revisiones y, con curiosidad y preocupación, le preguntaba al médico si ella requeriría de lentes o qué debía hacer. El médico le diagnosticó cataratas y le señaló que se debía operar. Juliana, en ese momento, le aclaró al médico que ella padecía diabetes y el médico le refirió que no había ningún problema, que la operación sería muy rápida. Fue así que se llevó a cabo la intervención quirúrgica. A Juliana le pareció que había recibido muy buena atención de parte del médico, pues no sintió dolor, ni mareos luego de la cirugía. Ella dice que salió encantada y dándole gracias a Dios que le habían operado porque veía muy bien. Entonces, luego de la operación continuó asistiendo a revisiones, pero –dice- que, al momento de retirarle los puntos de la cirugía, una señorita, una pasante médica, le dijo que tenía la orden de realizar esta labor. Julia cuenta que ella presentía algo y le dijo a la pasante que tenía prisa, que se debía ir; le preguntó si podía ir otro día, pero la pasante le dio negativas y le advirtió que ella tenía la orden de quitarle los puntos y que sería muy rápido.

Juliana cuenta que el retiro del primer punto estuvo bien, pero el segundo fue retirado con dificultades. Fue así que la pasante le dijo a esta mujer, “ya la sangré”. Entonces Juliana cerró -como ella dice- “tontamente” el ojo. La pasante le dio un Kleenex<sup>75</sup> y ella comenzó a tocar la zona del ojo. En la noche, en su casa, ella sintió que le “daban vueltas como un castillo de cohetes” y tenía dificultades para ver. Fue al baño, se sintió, se tocó el ojo, lo revisó con sus manos y regresó a la cama. Se

---

<sup>75</sup> Marca de pañuelos desechables de la empresa Kimberley Clark.

sentó despacio y encendió una lámpara que tenía y -dice- que ya no vio nada. Había perdido la visión.

Me asusté –dice- Juliana. Ella pensó que si le mencionaba algo a su marido él no sabría a dónde llevarla en medio de la noche y únicamente lo “alteraría”, por eso decidió esperar hasta que amaneciera. Al otro día fue con su cuñado, el esposo de su hermana, a ver si la llevaba al médico, pero él debía ir a Toluca, en el Estado de México. Entonces le dijo a su esposo que fueran al médico. Juliana cuenta que en el hospital: “de la impresión me sentí tan mal que me dio vómito y me deshidraté totalmente y me tuvieron que internar”. Ya de ahí perdí este ojo –dice- cuando se señala el ojo izquierdo. Fue entonces que buscó al médico que le había operado y lo localizó. Dice que no recuerda el nombre del médico, pero lo encontró. El médico le dijo: “Voy hacer una excepción, preséntese en el Conde a tales horas y en tal consultorio”. El día acordado el médico la pasó a un consultorio pequeño donde había un “aparato”. El médico le dijo que le pondría rayos láser o algo así. Julia no sabe certeramente qué le hizo. Le dijo que iba a sentir un golpe en el cerebro, pero lo importante era que le dijera si veía o no. Entonces –cuenta- “me preguntó, ¿ve?”. Ella le respondió que no. El médico le dio otro “golpecito” y le volvió a preguntar si veía. El resultado fue el mismo. El médico se preocupó, dice Juliana. El médico no le dio un diagnóstico, sólo le contó: “qué lástima, qué tristeza. Yo hice un trabajo que considero bien, pero desgraciadamente las personas que van entrando no acaban. Y no le puedo decir más, porque yo ya voy de salida y estas personas van entrando. No le puedo decir nada”. Con eso –dice Julia- comprendió “todo”; que había sido la pasante quien había “destruido el trabajo que el médico tan bien había hecho”. Ella dice que luego de la operación veía bien, que podía ensartar una aguja. Ella dice que siguió todas las recomendaciones del médico, que lo único que le dijeron era que no levantara nada, ni que se agachara, ni se esforzara.

Luego de esto, Julia ha asistido a diferentes instituciones y médicos buscando alguna alternativa. Ha ido a hospitales públicos, privados y de asistencia privada. En Arista, un hospital oftalmológico ubicado en la Ciudad de México, le dijeron que su ojo era como “un bote de basura” y que le debían poner una cánula



para despedir toda la “porquería”, pero que de cualquier manera ya no podría ver. Un tiempo después comenzó a presentar derrames en el ojo derecho y buscó nuevamente atención médica. Le dijeron que del ojo izquierdo ya no tenía remedio. El médico, le aseveró, que le habían rotó el nervio óptico y que ni operando se podía salvar el ojo. Sólo podría, en todo caso, operar el otro ojo, el derecho, “a ver si le quedaba bien”. La operación tenía un costo de \$38, 000 pesos, pero ella no contaba con el dinero. Entonces estuvo alrededor de seis meses con los derrames, encamada, en un sillón e inmóvil hasta que pudo operarse el ojo, pero el resultado también fue la pérdida de la visión.

El tiempo pasó y un día, uno de sus cuñados que radica en Estados Unidos la visitó, le contó que conocía a alguien que podía conseguirle una consulta médica gratuita en el Banco de Ojos en el Club de Leones. Ahí la recibieron y le atendieron sin ningún costo. La primera señorita que la recibió le hizo una serie de preguntas acerca de su operación. Ella cuenta que: “La señorita cuando le dije que después de que me operaron este ojo, pasados los años, me operaron éste. Me dijo, “todo lo que le dijeron no es verdad, no es posible que le hayan roto el nervio óptico””. Juliana le dijo que los derrames se le habían pasado de un ojo al otro. La señorita le señaló que eso tampoco podía ser verdad. Entonces, Juliana, le contó que ya le habían hecho cuatro operaciones en el ojo izquierdo, que saturaron los vasos sanguíneos, le lavaron al cornea, le pusieron un lente y le pegaron la retina con silicón. Entonces pasó con otro médico que revisó el historial y ella le volvió a contar lo mismo. El médico le dijo cosas muy parecidas a la primera médica, que no tenía nada que ver los derrames con el ojo operado. Yo le dije –cuenta Julia- que tenía entendido que la función que hace un ojo la hace el otro. Pues no -dijo el médico- y disculpe, estamos aquí para servirle, pero no hay nada qué hacer. Julia, al escuchar esto, se pasó el día llorando.

Ya no ha buscado más médicos; ella dice que ya no quiere sufrir más. Ahora, ir al oftalmólogo le causa temor porque le dijeron que debían extirpar el ojo. Ella se resiste, pues si bien sabe que con el ojo izquierdo ya no logra ver nada, tiene esperanza de ver con el derecho porque a veces –dice- está sentada y como que

llega a ver una lucecita y se dice, “sí voy a ver. Pero no, ya me quedé traumada y ya no quiero ir”. Actualmente sólo asiste a un consultorio adjunto a farmacia, debido a las dificultades económicas que enfrenta. Pero hace un año, en el momento de las entrevistas, que fue por última vez, porque le “lloraban mucho los ojos” y ahí la médica sólo recetó gotas para una infección.

Juliana supone que perdió la vista por una negligencia médica, pero también cree que es posible que haya sido glaucoma derivada de la hipertensión que también padece. Ella dice que ha llegado a esa conclusión debido a todo lo que le han hecho los médicos, por lo que ha escuchado, por los síntomas que tenía, por el enrojecimiento constante de los ojos; y que en lugar de intervenirle para quitarle la catarata debieron de haberle tratado para el glaucoma. En todo caso, ella concluye que: “Yo pienso que tuve glaucoma, nunca me dieron un diagnóstico”.

En esta narrativa también se encuentra la pluralidad de explicaciones principalmente biomédicas. Sin embargo, como se ha podido ver estas no aseguran una comprensión clara de las causas e incluso puede llegar a confundir. En su narración ella ha ido transformando la explicación etiológica, se han ido agregando y eliminando explicaciones.

### **Las complicaciones**

En el caso de los estados exacerbados del padecimiento también es posible encontrar una serie de causalidades. Entre ellas, pero no limitadas, eludir el autocuidado, pero igual de relevantes se encuentran episodios vitales y padeceres cotidianos. Juliana dice que se ha cuidado y ha cambiado sus hábitos alimenticios, toma sus medicamentos de forma regular y de acuerdo a lo que el médico le prescribió. Sin embargo, no se explica por qué desde noviembre se aumentó su presión arterial. En cuanto al aumento de la glucosa, para ella, se ha derivado de los “sustos”, pues recuerda que alguna vez que llegó a “500 de azúcar” fue porque le llamaron de la escuela de su nieta debido a que había temblado. Las emociones como los corajes, los sustos, duelos, conflictos familiares, miedo, preocupación, el uso constante y excesivo de fármacos, el consumo de bebidas alcohólicas,

refrescos y los hábitos alimenticios, como comer demasiado o consumir productos restringidos, entre otros, también se incluyen como causas de la exacerbación del síntoma y los estados de gravedad del padecimiento. Por ejemplo, Josefina cuenta que luego de haber discutido con uno de sus hijos o cuando tuvo un conflicto con una de sus nietas, los niveles de glucosa le aumentaron y ella estuvo grave a punto de un coma diabético. Similarmente, Chela dice que ella, a pesar de comer carne asada y sin grasa, los triglicéridos no se le han reducido y se ha sentido mareada y tanto ella como Altagracia consideran que se debe a los “corajes entripados”, es decir, a situaciones de frustración en las que no puede expresar y elaborar el enojo. En tanto que Socorro, al presentar una hemorragia derivada del aumento en su presión arterial, considera que se debe a los “nervios”, pues a pesar de que toma su medicamento, de acuerdo a lo ordenado por el médico, ella reconoce que es muy nerviosa y cualquier problema lo toma muy en serio.

El envejecimiento por sí mismo no es entendido por estas personas como condición para los estados de malestar, sino como una condición que merma la capacidad corporal de respuesta al malestar. Raquel, por ejemplo, debido a que “se pasó en comer”, es decir ingirió una mayor cantidad de alimentos permitidos y que no debía consumir, presentó un estado de gravedad. Sin embargo, ella y su hija suponen que enfrenta una condición progresiva de menoscabo corporal debido al envejecimiento que la hace vulnerable al padecimiento que ha ido avanzando. En este sentido, la vejez es una condición que limita la respuesta al malestar debido a la disminución de fuerza física en conjunto con la “agudización” (que es como llaman al proceso degenerativo de la enfermedad) del mismo padecimiento. Entonces, la hija de Raquel dice que el estómago de su madre ya sólo “está esperando un achaquito<sup>76</sup> para reaccionar”. En tanto que la misma Raquel afirma que cada día está peor y no puede comer casi nada, pues cualquier cosa le hace daño. Ella dice que por la edad se le está acabando la energía. Igualmente, ellas consideran que la “agudización” del padecimiento se debe a la ingesta constante de las 14 pastillas

---

<sup>76</sup> Malestar derivado de la fragilidad corporal.

que consume a diario, pues esta cantidad de medicamento le ha afectado al estómago, lo cual puede ser realmente cierto.

### **Las explicaciones**

En resumen, se puede ver que las explicaciones etiológicas del padecimiento suponen varios elementos: siempre hay un hecho, padecimiento o evento crítico desencadenante en el que se articulan diversas causalidades. Estas causalidades sintetizan diversos saberes y condiciones de vida y no son determinadas, pero sí influenciadas, por el saber biomédico y el autocuidado. Este saber y tecnologías de gobierno se combinan en la etiología, pero como un engranaje más. Las explicaciones tienen un carácter dinámico y se van transformando en una relación de continuidades y discontinuidades; son polifónicas, debido a que las explicaciones generalmente se conforman de diferentes fuentes de información, en las que no sólo está el médico, sino los miembros de las redes sociales y familiares, medios de comunicación, distintos curadores, información de programas de promoción de la salud, entre otros; es multicausal, pues no existe una única causa que explique el padecer, por el contrario se hallan enlazadas diferentes explicaciones que sirven para interpretar, desde la propia realidad del sujeto, la causalidad del padecimiento; y una estructuración del padecer donde se integran en la experiencia cotidiana los diversos estados de malestar comorbilidades y discapacidades. En otras palabras, no son consideradas como entidades aisladas, sino que se encuentran enlazadas y concatenadas. Con esto se puede señalar que en el padecer crónico se integran diversos estados de malestar, conflictos, sufrimientos, las diversas enfermedades, junto a las complicaciones y discapacidades relacionadas.

En cuanto a las causalidades se integran experiencias vitales y padeceres cotidianos. Entre ellos se encuentran los factores sociales (conflictos con familiares, conocidos o amistades) y trabajos de brujería producto de estos conflictos sociales; las emocionales como preocupaciones, sustos, duelos, tristeza, nervios, corajes, depresiones, pérdidas y situaciones inciertas; la trayectoria vital, como las malpasadas, la exposición a elementos enfermantes y secuelas de las labores desempeñadas en la juventud; exposición a agentes y materiales externos por

periodos prolongados de tiempo como el uso de leña para cocinar o el consumo prolongado de medicamentos; e incumplimiento con las prácticas de autocuidado, especialmente en lo que respecta a consumo de bebidas y alimentos proscritos, así como la adherencia inadecuada al tratamiento.

### **Búsqueda de atención y saberes diagnósticos**

Uno de los médicos entrevistados declara que las personas buscan atención médica regularmente “cuando empiezan a presentar molestias; cuando tienen una sintomatología. Pocos son los casos que lo hacen por prevención, como ir al Centro de Salud. Me parece que un grupo importante es por molestias generales. *El punto clave es cuando tienen molestias.*” Entonces, cuando los médicos afirman esto excluyen del campo sensible una diversidad de diagnósticos y trayectorias de búsqueda de atención que han realizado las personas con antelación a llegar al médico. De hecho, estos saberes diferentes a los biomédicos pueden no tener lugar y no ser escuchados ni vistos por el médico, quien aun mandata que no se practiquen, pero saben que se encuentran presentes. Uno de los médicos entrevistados afirmaba que:

El enfermo tiene una ruta de atención y ha hecho otras cosas antes de llegar al médico. A lo mejor te pueden decir, es un antecedente valioso, pero solamente lo es para el padecimiento que se está atendiendo. La ruta que hizo el paciente es importante, pero sólo en la medida en que te sirve a ti para fortalecer un diagnóstico y un tratamiento, por ejemplo, cuando ya fue con otros 3 médicos y ya le dieron medicina. Eso te sirve a ti porque ya sabes que le dieron eso y no le funcionó; ya sabes que no es por ahí. Ahora, si te dice, “es que me tomé un té” y te dice “me fui con los chochos y eso” no te ayuda de ninguna forma; no te da información. Tal vez lo que le dices es que deje de hacer esas cosas”.

### **Voy al médico hasta que de plano ya no aguanto: la búsqueda de atención.**

El itinerario diagnóstico, según Osorio (2007b), es entendido como la secuencia de interpretaciones profesionales o populares respecto de la identificación de la enfermedad que incluye todos los diagnósticos tentativos o

provisionales emitidos hasta el establecimiento del diagnóstico correcto o definitivo, respecto de la enfermedad que aqueja al sujeto, y paralelamente se halla concatenado al proceso a través del cual se identifican los primeros síntomas, se busca su explicación causal y se instrumenta cierto tipo de atención terapéutica.

El diagnóstico entonces es el saber que interpreta y da sentido, tanto a nivel profesional como popular, los signos y síntomas de los estados de malestar y que con base en éste se instrumentan una serie de prácticas de atención. Son los indicadores percibidos e identificados que permiten instrumentar el sistema de atención y elección de curadores, así como los criterios de curación. Por tanto, no es sólo el momento en que el padecimiento es validado por un médico como una enfermedad crónica, sino la serie de identificaciones y definiciones que elaboran las personas con el padecimiento a lo largo de la trayectoria de atención. En este apartado, a través de la descripción de la trayectoria de la búsqueda de atención se presentará de manera paralela el itinerario diagnóstico de las personas mayores con padecimientos crónicos.

A lo largo de este apartado se podrá ver que las personas cuentan con un diagnóstico popular previo al diagnóstico formal médico como en el caso de Guadalupe, quien consideraba que su malestar se debía a las secuelas de una caída que habían ocasionado la fisura en un hueso, por lo que asistió con curadores tradicionales (huesero, sobadores y ventoseros), cuando lo que se le diagnosticó, luego de un largo recorrido médico, fue un tumor en la médula espinal. En tanto que Serafina presenta uno de los síndromes geriátricos más importantes y de riesgo como son las caídas, pero la familia sigue pensando que es la vejez lo que ocasiona su estado de debilidad y constantes desplomes incluso si recibe atención médica.

Antes de continuar es importante especificar que el signo y el síntoma son indicadores diagnósticos, donde los signos se refieren a las alteraciones fisiológicas o anatómicas “objetivas” registradas por el observador, mientras que los síntomas se refieren a la percepción “subjetiva” que el enfermo tiene de ciertas alteraciones fisiológicas o emocionales. Desde la perspectiva del modelo biomédico, la

percepción de la persona con el padecimiento sólo puede ser recuperada en términos de síntomas, pudiéndose llegar a traducir en signos, únicamente en tanto el médico los puede detectar, medir y corroborar a través de sus propios métodos diagnósticos (Osorio, 2011). Pero de manera relevante hay que precisar que el padecimiento que se experimenta subjetivamente requiere de ser socioculturalmente reconocido, pues los estados de malestar y los síntomas también se aprenden como códigos pautados culturalmente y dependen de los contextos sociales para que se transformen en actos comprensibles dentro de las definiciones de una enfermedad. Es así que Moscoso (2011) reconoce que, desde mediados del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, lo que hoy se denomina enfermedades crónicas o degenerativas aparecían asociadas a la incurabilidad o a otras circunstancias de vida y hubo casos –señala el autor- en que la medicalización alcanzó conductas que hoy no consideraríamos enfermedades, como la neurastenia o la homosexualidad.

Altagracia empezó con jaquecas hace casi cuarenta años. Ella, con la aparición del síntoma, no buscó ni comenzó con atención de un médico, pero sí con fármacos que han sido integrados en la autoatención. Ella controlaba el malestar con analgésicos de libre venta, por ejemplo, con Cafiaspirinas,<sup>77</sup> que ella misma se prescribía; además de usar algunos tés como el de tila (*Ternstroemia sylvatica*) y el de limón (*Cymbopogon citratus*). Con esto controlaba el dolor que en breve volvía a sentir.

Antes de asistir con el médico, ella suponía que sus síntomas se debían a la sobrecarga del trabajo, a los largos períodos de vigilia y la falta de alimento, que ella describe como “malpasarse”. Además de las preocupaciones y mortificaciones, derivadas de los conflictos familiares y emocionales que vivía con sus hijos y a los aprietos que sus hijos enfrentaban por cuestiones de salud o económicos. Dice que se dio cuenta que podía tener alguna enfermedad, pues cuando tenía un pedido grande de ropa (hay que recordar que ella se dedicaba a la manufactura y venta de

---

<sup>77</sup> La Cafiaspirina es un analgésico de la farmacéutica Bayer que combina el ácido acetilsalicílico y cafeína.

prendas de vestir) y al enganchar y abrochar las prendas en la fábrica tenía que cerrar los ojos debido al “latido” que tenía por el dolor de cabeza; sentía que la cabeza le explotaba de dolor y los oídos le zumbaban. Ella estuvo así durante tres meses, antes de buscar atención profesional, y sólo acudió al médico hasta que el dolor fue inaguantable. Pero no sólo fue el dolor, también se debió a que luego de tomar una pastilla para la jaqueca, que le dio una de sus clientas, quien padecía de constantes cefaleas, en San Martín Texmelucan, Puebla, ella sintió mejoría y se le quitó el dolor, pero comenzó a sentir que “el corazón se le salía”. Su hijo, al ver esta situación, le dijo que probablemente debía “tener mal la presión” por lo que la confrontó y le indicó que no debía tomarse cualquier cosa y que la llevaría con un médico, amigo suyo.

Su hijo la llevó con el médico y, entonces, éste último les dijo que Altagracia estaba a punto de “enloquecer”, pues su presión se encontraba muy alta. Al medírsela, ella presentaba una presión arterial de 190/140 mmH/G, cuando, regularmente, la presión arterial normal es de 120/80 mmH/G. “¡Altísima que la tenía!” –dice Altagracia. El médico les señaló que por lo alto de su presión arterial se debía que ella siempre anduviera con el dolor de cabeza y el zumbido de los oídos. Este médico le dio medicamentos y ella sintió pronta mejoría.

Actualmente, luego del diagnóstico y el tratamiento prescrito, Altagracia es capaz de reconocer los eventos exacerbados de la hipertensión a través de un indicador diagnóstico que tiene como base la percepción subjetiva de las condiciones de gravedad del padecimiento, por lo que las prácticas para el manejo dependen de este indicador. Para esta mujer, estos eventos se deben a los problemas familiares, económicos, sociales que le acontecen y a las situaciones emocionales que le desbordan y le sorprenden. Ella dice, “Yo tengo un problema duro y ya me empieza el zumbido, señas que ya me subió la presión. Se me sube cuando tengo un problema o me sorprenden; que me digan que “pasó esto””. Ella, contrario a la indicación médica de la ingesta diaria del medicamento, ha elaborado una relación unívoca entre el síntoma y el padecimiento por lo que únicamente toma el medicamento, que le han prescrito, cuando identifica los eventos de gravedad.



Incluso, ella cuenta que posteriormente de haber controlado el padecimiento luego de asistir con el médico acudió al Seguro Social, donde recibía el medicamento, pero después de la muerte de uno de sus nietos, a quién ella cuidó, entró en una fuerte “depresión” y, en consecuencia, ningún medicamento le funcionaba para controlar su padecimiento. Por esta razón buscó atención con un médico privado, quien le prescribió Lorsatán<sup>78</sup> y ese ha sido el medicamento que ha usado para controlar los eventos de exacerbación del síntoma hasta la fecha, pero como ella misma refiere: “[...] ahora a veces ni me la tomo porque se me olvida y yo me siento bien”.

Yo no tenía ni una idea por qué me daban esos mareos, -dice Chela. Tengo un asco aquí en el estómago que me empezó hace ocho días. Yo antes me mareaba, pero un día, dos días, pero ahora han sido cuatro días. Al principio decía, “ya se me quitará” y tomaba el Difedinol<sup>79</sup> y se me quitaba. Pero ahora, ya no se me quitaba, aunque me tomara la pastilla. Yo esperaba que fuera pasajero, pero ya duró más de lo normal y estaba toda mareada y no me podía detener. Ya fui al médico y me dicen que es de la presión, que tengo los triglicéridos muy altos. Estoy tomando medicinas, pero el asco no se me quita. Ya desde hace mucho los tengo altos, pero no sentía nada. Yo no me sentía mareada, pero ahora empecé así que no me podía levantar de la cama. Lo primero que hice cuando estuve *muy* mareada, fui con el doctor. Tardé como tres o cuatro días porque antes me daba y se me quitaba; y yo esperaba que pasara así. Nomás me tomaba una pastilla que son para el mareo, es una pastillita chiquitita y amarilla.

Chela, al identificar el síntoma realiza prácticas de autoatención donde intervienen las prácticas biomédicas, pues utiliza un medicamento de libre venta que obtenía en la farmacia y que en situaciones similares había funcionado. Experimentar el estado de malestar le ocasiona emociones de tristeza porque “ya no podía hacer las cosas como se deben”. Interfiere con sus actividades cotidianas

---

<sup>78</sup> Bloqueador selectivo del receptor AT<sub>1</sub>, que provoca una reducción de los efectos de la angiotensina II.

<sup>79</sup> Clorhidrato de difedinol indicado en la prevención y tratamiento sintomático del vértigo periférico.

y dice, “que te sientes mal y ya no puedes salir a hacer las cosas que debes hacer”. Ella, a pesar de conocer el síntoma, esta vez no podía identificarlo. Era distinto a los que presenta cuando la presión sube. “No era la presión porque no sentía el zumbido en los oídos ni el latidito en la cabeza. Que vértigo no. Yo no sé lo que sea eso”. Esta vez, además, de afectar su capacidad de realizar sus actividades cotidianas, que no ha podido ser controlado con las prácticas habituales, que ha excedido el tiempo que considera normal y que el síntoma es experimentado con mayor dolor, hay un episodio específico que la llevó a buscar atención médica: durante la noche se sentía mal, había una condición anormal, sentía dolores corporales, todo le dolía, como ella misma dice. Intentó levantarse de la cama, sentía dolor de garganta y tomó una pastilla. Primero fue a buscar el agua y después sus familiares le dieron el medicamento. Al volver a la cama sintió un fuerte vértigo y náuseas. Una náusea de tal intensidad -dice- que ella nunca la había sentido e intentó vomitar, pero sin lograrlo; luego, la vista se le nubló y cayó desmayada. Fue su hijo quien la encontró e intentó reanimarla, pero ella no despertaba. Al ir al médico le dijeron que eran los triglicéridos. Ella sabía de su dislipidemia, pues anteriormente le habían realizado análisis y recuerda que los había tenido en más de 300 mg/dl, pero ella cuenta: “ahora sí estoy sintiendo más, ¿de qué será eso? Porque yo más antes tenía los triglicéridos, pero nunca había sentido como ahora.”

Ernestina presentó un eczema en la pierna que se fue extendiendo, pero ella sólo se aplicaba jugo de limón o Vaporrub<sup>80</sup> mezclado con mentolato,<sup>81</sup> pues ella suponía que era resultado de algún piquete de mosquito y tradicionalmente se ha tratado estas lesiones de la misma forma; además de las afecciones de la garganta. Ella durante un tiempo no mencionaba nada acerca de este “granito”, ni le tomaba mucha importancia; mucho menos buscó atención médica para atenderlo. En este

---

<sup>80</sup> Ungüento de libre venta y uso tópico que sirve como descongestionante nasal y para síntomas de la tos. En este producto se combinan alcanfor, mentol y aceites de eucalipto.

<sup>81</sup> Pomada usada en la medicina herbolaria que contiene malva, ortiga chica, eucalipto, consuelda, olivo, mentol, alcanfor.

caso fue su hija quien al ver el eccema decidió que era necesario llevarla al médico y, entonces, le diagnosticaron diabetes o como ella la representa, “tener azúcar”.

Ella no buscaba atención, pues se considera una persona reservada, tímida y seria, y sólo acude al médico, como ella misma dice, “hasta que ya me veo, y eso que ellos me ven”. Es decir, hasta que ella misma o alguien de sus redes familiares perciben el síntoma como grave. De hecho, a esta mujer no le gusta decir “me siento mal y luego, luego ir al doctor”. Ella dice no saber por qué enfermó, piensa que la diabetes llegó sola y que, a veces, se siente fatigada, le da sueño, pero por lo general tiene una enfermedad muy controlada, pues siempre toma su medicina y cuando siente cansancio y mareos toma un poco de Coca Cola o un jugo Del Valle. Ernestina reconoce una serie de síntomas que al no considerarlos graves los controla en su casa a través del uso del medicamento y de remedios populares.

Ernestina cuenta con un glucómetro y su hija regularmente le “toma el azúcar”. Ella comenta que “luego sube y baja” y que cuando se sube no hace nada. Su hija se suele molestar por esto, pero sólo le dice “tú sabes lo que haces”. Ernestina no hace nada porque piensa “que es leve”, de poca importancia; dice no haber “tenido situaciones complicadas, yo creo que por eso no me hago caso”. Ernestina reconoce que busca atención médica “hasta que ya no aguanta el dolor” y el período de tiempo, que considera normal y habitual, se ha excedido. Por ejemplo, en el caso de una afección en la vesícula biliar por la que le fue extirpada, ella comenzó presentando fuertes dolores en la boca del estómago y la espalda, aunque estos malestares se hicieron habituales durante varios años, pues eran eventos pasajeros que al dormir parecían desaparecer. Generalmente el dolor tenía la duración de un día, el cual guardaba reposo y al siguiente mejoraba. Sin embargo, un día esto cambió y el dolor excedió su duración habitual, al grado que su yerno le advirtió que “ya había pasado el día”. Este dolor, que tuvo una duración de tres o cuatro días, era intenso y ella decidió ir al médico hasta que ya no lo soportó. La duración excesiva le causó sospechas de que algo no andaba bien, pues la recurrencia ya no era la normal y “ya no le estaba gustando”. Fue así que le pidió a su hija que fueran a ver a un médico.

En el caso de la exacerbación del síntoma, luego de haber sido diagnosticados, con el padecimiento crónico, la búsqueda de atención médica también está condicionada por la percepción y el reconocimiento sociocultural de gravedad del síntoma tanto por la persona con el padecimiento como de algún familiar. En el caso de Martín, quien vive con una discapacidad crónica, su hija, Concepción, quien es la cuidadora principal, es la encargada de decidir el momento en que es preciso buscar atención médica, pues su padre presenta una severa condición de deterioro cognitivo. Ella toma esta decisión con base en la gravedad de los síntomas que ella percibe y reconoce en su padre. La gravedad es definida a través de la incapacidad de controlar el síntoma en el espacio doméstico por medio del medicamento o de otras prácticas de atención; cuando el síntoma sale de la normalidad en cuanto a tiempo y dolor expresado por la persona con el padecimiento; cuando hay cambios en la personalidad y semblante de la persona con el padecimiento. Concepción cuenta que ella busca atención médica o lleva a su padre a urgencias cuando lo percibe “raro”. Por ejemplo, cuenta de un evento en el que su padre presentó una situación de gravedad por el aumento de la presión y decidieron asistir al médico luego de que, a pesar de untarle alcohol, sobarle y darle el medicamento continuaba observando que estaba “malo y que no podía hacer nada”. En ese momento ella se preguntaba, “¿y ahora qué hago?”. Entonces experimenta la frustración y enojo de no poder controlar el síntoma: “siento impotencia, siento desesperación de que digo, “si le estoy dando el medicamento, ¿por qué no se le baja la presión?”” Entonces, “cuando se me pone muy malo es que hay que llevarlo de urgencias al doctor”, pues la capacidad diagnóstica y resolutiva ha superado el ámbito familiar y doméstico.

Sin embargo, esta familia ha tenido que enfrentarse con dificultades, pues mientras ellos consideran que un evento es de gravedad y requiere atención de urgencia, al llegar al hospital son rechazados pues los médicos –sin explicar qué es lo que se considera como un caso de este tipo- los derivan a la atención de primer nivel. De hecho, en la jerga médica existe el término “urgencia sentida” que refiere a este indicador diagnóstico subjetivo que no coincide con los marcadores

biomédicos que definen un alto nivel de riesgo para la vida o función del órgano. Ella cuenta:

Sí, a veces porque luego se nos pone malo y lo llevamos a Urgencias y nos dicen “no, esto no es urgencia, llévenlo con su médico familiar” y vamos con la doctora; y que no lo puede atender porque no lleva cita o que hay que esperarse. Llegamos ahí desde a las doce o una y salimos hasta las seis porque como no lleva cita. Es esperar para ver si queda un lugar para que nos atiendan; y luego, él malo, preferimos pagar el doctor.

Josefina tiene una de las trayectorias de atención más amplias y complejas, debido a sus múltiples comorbilidades. Ella presenta HTA, DM2, Leucemia, desprendimiento de la retina, angina de pecho, dislipidemia, riesgos de un EVC, neuritis, dolor crónico de una costilla por secuela de una caída, hernia hiatal, trombocitemia, fibrosis pulmonar, nervios, y, últimamente derivado de la DM2, insuficiencia renal. Esta mujer, debido a su comorbilidad y el avanzado estado de sus padecimientos, continuamente presenta estados de exacerbación de sus síntomas y gravedad. A pesar de haber reducido su consumo de carbohidratos y azúcares ella ha mostrado elevados niveles de glucosa constantemente y dificultades para poder controlarlos. Cabe decir que tanto ella como su hija han aprendido a identificar los niveles de glucosa y otros signos. Por ejemplo, durante las entrevistas, ella llegó a 800 mg/dl por lo que su hija tuvo que llevarla al hospital y Josefina permaneció internada hasta que lograron controlar sus niveles de glucosa. En otras ocasiones “pierde el aire”, presenta hipoxia, y tiene dificultades para respirar, por lo que también acude al hospital para recibir oxigenoterapia. Ella acude constantemente al médico por estas razones, además de que cada tercer día asiste a que le inyecten un medicamento para controlar la insuficiencia renal en una Clínica del Seguro Social, a la que llama la “vacuna” y que muy probablemente es eritropoyetina (aunque ellas en algunas entrevistas la nombran como proyectina).

Ahora reconoce los síntomas y signos de sus padecimientos y cuando se exagera la diabetes, “cuando tiene la azúcar muy alta” se siente: “muy

desguanzada,<sup>82</sup> mucha sed, se le seca la boca y ahí es cuando se da cuenta que tiene la azúcar muy alta”. Con la angina de pecho empieza a sentir el dolor, primero “ligerito” y aumenta progresivamente. Ella dice que “le hace caso a lo que siente”, a los síntomas y al contar con las medicinas ya sabe cuáles le sirven para lo que siente porque los médicos se las mandan. Josefina dice que ella sola se ha “diagnosticado”. Aunque en realidad es Male, su hija, quien realiza la labor de cuidadora principal, quien le da los medicamentos y está atenta a los síntomas de su madre. Es en el momento que los “síntomas no [son] comunes” cuando deciden buscar atención médica. Por ejemplo, Josefina recientemente mostró desorientación espacial y temporal, vista nublada y por eso su hija la llevó a Urgencias. “No es algo muy común lo que le pasaba –dice-, por eso decidí llevarla. Esos síntomas nunca los había presentado. No era nada bueno. Yo ya la notaba muy rara, estaba muy confundida. Yo nunca la había visto así”. Fue de esta forma que pudieron llegar a tiempo para prevenir un infarto al miocardio. Pero hay que señalar que esos síntomas nuevos, percibidos por su hija, salían de la normalidad y eran considerados como graves, a diferencia de los que presenta habitualmente como el aumento de la glucosa y dice: “Yo ya sé cuándo es de la azúcar o algo así, pero esos síntomas no eran normales”. Los estados agudos habituales, ella sabe cómo manejarlos y los atienden en casa; en cambio, con los nuevos síntomas no cuenta con información ni conocimientos para tratarlos por lo que decide buscar atención médica: “Yo ya sé qué hacer con los síntomas de la azúcar u otros, pero en este caso no supe qué hacer. Por eso mejor decidí que la viera el médico. Cuando no pude manejarlo en ese caso, mejor con el médico, porque me desorientó. Eso no era normal; yo sé tratar lo de la diabetes”.

En resumen, se puede señalar que las personas con el padecimiento han desarrollado saberes diagnósticos y pautas de búsqueda de atención aun antes de asistir con el médico. El indicador diagnóstico que define la búsqueda de atención es la *gravedad*. Esta es una escala subjetiva basada en la percepción del síntoma

---

<sup>82</sup> Adjetivo que refiere a la falta de fuerza y vigor.

y su reconocimiento sociocultural, por la persona con el padecimiento u otros sujetos (principalmente familiares), que permite medir el nivel de *anormalidad y complejidad* definido por la intensidad, tiempo de duración, nivel de sufrimiento, recurrencia, constancia, interrupción de las actividades cotidianas e incertidumbre. Es por medio de este indicador diagnóstico que determina la respuesta y procedimientos de atención al movilizar recursos físicos, materiales, sociales y emocionales para hacer frente a los estados de gravedad.

Existe un proceso en el que en primer lugar aparece la percepción subjetiva, por parte de la persona con el padecimiento, de malestar, dolor y anomalías anatomofisiológicas. Durante este período los síntomas aparecen como eventos intermitentes, poco recurrentes, con baja intensidad de dolor y no afectan las actividades cotidianas de las personas. Estos pueden ser tratados, como se ha dicho, a través de diversas prácticas, pero comúnmente se excluye la intervención de un médico y se realizan procesos de autoatención en donde pueden sintetizarse prácticas de diferentes modelos de atención incluidas las biomédicas. Se ha encontrado el uso de tés, pomadas, ciertos alimentos; así como de automedicación, con aspirinas u otros fármacos de libre venta o que tienen en sus propios hogares, y que han sido utilizados en otros momentos de malestar para tratar síntomas similares. En este momento, por lo general se desconoce la causa de aparición del síntoma y el diagnóstico lo realiza la propia persona quien los refiere a condiciones y padeceres cotidianos.

Posteriormente se abre paso un período de normalización del síntoma, en el que -como Bury (2001) señala- las personas tratan de mantener su estilo de vida e identidad intactas como antes de contraer el padecimiento. Durante este período tampoco se busca atención médica, pues el síntoma se considera "normal" debido a que se presenta de manera habitual y recurrente. En varios casos es considerado como parte del proceso de envejecer o es diagnosticado por las propias personas con el padecimiento o sus familias, así como de sus redes sociales que identifican el malestar como una condición pasajera y no grave. En otras ocasiones, dependiendo del mismo diagnóstico elaborado por estas mismas personas o sus

familiares, si éste coincide con un síndrome de filiación cultural para el cual la biomedicina no ofrece alternativas se recurrirá a curadores tradicionales.

Durante esta etapa el malestar presenta lapsos de tiempo definidos por las personas con el padecimiento que pueden variar desde minutos hasta algunos días. Igualmente, la percepción de dolor entra en un rango definido como normal, pues no afecta las actividades cotidianas, su intensidad es tolerable y no causa sufrimiento. Aún no se considera grave y se controla a través de prácticas de atención en el espacio doméstico. Durante este período se soslaya el síntoma o se controla a través de la instrumentalización de una serie de prácticas en las que se pueden incluir las tradicionales, populares y alternativas, así como la automedicación, que durante un tiempo son efectivas.

Sin embargo, tanto cuando aparece el síntoma por vez primera como luego de que ha sido diagnosticada la enfermedad crónica, el catalizador para la búsqueda de atención médica es el reconocimiento de la gravedad del síntoma. Es decir, la percepción subjetiva y el reconocimiento sociocultural, por parte de la persona con el padecimiento o un miembro de su red familiar que reconocen que el malestar, dolor y las anomalías anatomofisiológicas y psicológicas han llegado a un punto de viraje en el que los síntomas salen de la normalidad y cobran un carácter insidioso. La gravedad se define por el aumento en la frecuencia y recurrencia del síntoma; las prácticas de autoatención dejan de ser efectivas y generalmente se controla hasta que el médico prescribe un tratamiento; aumento en la percepción del dolor a grados intolerables o que causan sufrimiento; recurrencia del malestar que supera el tiempo habitual o normalizado; aparición de nuevos síntomas y signos desconocidos hasta ese momento y para los cuales no existen estrategias de atención en el espacio doméstico; ineficacia en el control del síntoma y el signo con las estrategias habituales; afectación de las actividades cotidianas derivada de los síntomas y que se traducen en estados obligados de inactividad y reposo; incremento de la preocupación e incertidumbre que produce el síntoma tanto en la persona con el padecimiento como con los miembros de sus redes familiares; los



síntomas no se consideran inherentes al proceso de envejecimiento; y finalmente, cambios en el aspecto y personalidad de la persona mayor.

Una vez que el malestar es considerado grave se busca atención biomédica y son diagnosticados con alguna enfermedad crónica. A partir de ese momento los síntomas, que ellos mismos reconocerán, dejan de ser enmarcados en condiciones o padeceres cotidianos y serán definidos por el padecer crónico. Estos estados en los que el padecimiento se encuentra descontrolado serán expresados como “agudización” de la enfermedad. De hecho, los sujetos realizan modificaciones en sus comportamientos, estilos de vida, hábitos y adherencia al tratamiento cuando ocurren eventos críticos como la exacerbación del síntoma, cirugías o algún otro que consideran relevante. Generalmente, en el espacio doméstico se instrumentarán una serie de prácticas preventivas basadas principalmente en las tecnologías de autocuidado. Estas modificaciones y adscripciones al mandato médico se verán paulatinamente perturbadas mientras se va *normalizando* el padecimiento e incluso pueden abandonar definitivamente las prácticas de autocuidado. De hecho, el padecer crónico tiene una relación con la exacerbación del síntoma. Es decir, parecería que las personas interpretan que “están enfermos” sólo cuando aparece el síntoma, pues sin éste consideran que se encuentran en una condición “normal”. Por eso es que Adolfo podía decir que últimamente no estaba enfermo de la presión porque “no se le había subido” o Altagracia negar tener diabetes al no reconocer en ella los síntomas de la enfermedad a pesar de los signos detectados por el médico. El caso de Chela es similar, pues esta mujer afirma acerca del mandato de tratamiento farmacológico que las obedece, pero en los momentos en que el padecimiento se encuentra normalizado y no se considera grave “olvida” la orden: “Ahora sí que, bueno sí las sigo [las órdenes médicas], pero éste se le olvida a uno y ya se siente bien y no las sigo”.

Finalmente, luego del padecimiento normalizado se pasa a uno insidioso o agudizado, para arribar a uno, donde el proceso degenerativo se acentúa y las complicaciones derivadas de la enfermedad se hacen irreversibles, como ciertas condiciones de discapacidad, y entonces los síntomas en su duración y recurrencia

de episodios se incrementan, por lo que se experimenta un padecimiento *crónico*. El sufrimiento, en este momento, es continuo y se acentúa. La esperanza de la curación ha quedado vedada y la progresión de la enfermedad se hace ineluctable. En este caso, Josefina dice:

La enfermedad se hace crónica. Sí, se hace crónica, por ejemplo, mis enfermedades ya son crónicas, ya son de años. Por estar viejos se hace crónico todo, porque es como si yo dejo un vaso ahí, termina sin agua. Así creo yo que son las enfermedades: tiene uno las enfermedades, las deja uno, se van haciendo crónicas y van deteriorando el cuerpo de uno mismo. Yo, por ejemplo, lo de mi riñón ya es crónico, lo de mi corazón ya es crónico, lo de la gastritis es crónica, lo de la hernia es crónica, todo es crónico. Entonces ya no hay nada qué hacer porque ya definitivamente no hay nada que hacer, ni operable, nada de que me quieran operar nada, por las plaquetas.

Hay que advertir que la hegemonía de la biomedicina, en este marco institucional, es claro, pues mientras el síntoma es percibido como un evento pasajero y el padecimiento no es considerado grave se atienden por medio de la autoatención que puede desarrollarse independientemente del curador biomédico. Pero cuando el síntoma y el padecimiento salen de la normalidad y ocurre un punto de inflexión en el que, al ser experimentado subjetivamente y reconocido socioculturalmente como una condición de gravedad, además de la percepción de las posibles consecuencias, por lo general la referencia principal es al modelo de atención biomédico.

### **Aprender a atender y cuidar: Prácticas de atención**

Cuando Chela sufrió el desmayo, derivado del elevado nivel de triglicéridos, la familia no sabía cómo atender esta situación, por lo que enfrentaron miedo e incertidumbre. Únicamente su hijo pasaba la mano por la nariz para ver si su madre continuaba respirando. Altagracia dicen que son “gente cerrada”, pues ni siquiera usaron alcohol para que reaccionara. La “cerrazón”, lo que representa es que la familia carecía de cualquier conocimiento e información para poder hacer frente a las situaciones de gravedad.

Otro de los médicos, Héctor, quien suele hacer las visitas a las personas mayores, cuenta que: “Principalmente el cuidado es un proceso brusco. No es algo que [las familias] tenían contemplado ni esperaban. Muchos se ven envueltos en el rol de cuidador y ni se habían enterado. No hay una designación oficial, no hay “algo”; cuando se dan cuenta ya son los cuidadores. Si la familia es muy unida sí le ayudan varios, dos, tres, cuatro; pero, si no se quedan solos y entonces es lo más pesado, pues están solos y no saben; no saben los cuidados, no saben a lo que se enfrentan”. Entonces, el cuidado se vuelve un “problema” que genera temor entre las familias pues, como Héctor cuenta, “el principal temor es que no saben cómo cuidarlo o qué hacer. El simple hecho, dependiendo de la disfuncionalidad del adulto, pero el simple hecho de bañarlo, vestirlo y alimentarlo que son las cosas que más le preocupan; ya no hablamos de cosas más tediosas, que a veces no hacen, como ejercitarlo física y mentalmente o llevarlo a que interaccionen en otros espacios”.

Sin duda las personas con el padecimiento y familias atraviesan por múltiples dificultades en la atención y cuidado de la persona con el padecimiento crónico. Sin embargo, a diferencia de esta visión que supone que los conflictos y dificultades en la atención y el cuidado son resultado únicamente de las desigualdades en el reparto de responsabilidades dentro de la familia, aquí se sostiene que son producto de la lógica neoliberal que transfiere la responsabilidad del autocuidado a las familias en conjunto con el abandono que deben enfrentar en este proceso de individualización, pues se hace evidente que las personas deben hacerse cargo de sus eventualidades y tribulaciones vitales a través de sus propios recursos entre los que destacan las capacidades, conocimientos e información de atención y cuidados. Cabe decir que la familia cuidadora es la contraparte a nivel microsociales de las acciones en términos poblacionales de las estrategias de gubernamentalidad. De tal manera que participa, entre otras actividades, del cuidado a la salud como parte de una red de atención biomédica que funciona por medio de la multiplicidad y dispersión de agentes inscritos en un sistema de diferencias y jerarquías en la cual los distintos individuos ocupan un sitio determinado y cumplen una serie de

funciones específicas. Por tanto, participa en una relación desigual con el médico y actúa como uno de sus relevos en el espacio doméstico. Las funciones que se le otorgan son las de vigilancia al realizar las observaciones y los informes a los médicos; pero también funciona como asistente en la aplicación del mandato de autocuidado en el espacio doméstico. Entonces, no es extraño encontrar que en estas dinámicas los cuidadores principales muestren señales de sobrecarga emocional, física, psicológica, económica y social. Pero, aquí la pregunta es, ¿cómo es que las familias aprenden a atender y cuidar a las personas mayores con padecimientos y discapacidad crónicos?

Es factible dar cuenta de que han debido ser las personas a través de la observación y ejercicio empírico quienes, de manera independiente, con una escasa o nula participación de los profesionales de salud, han debido aprender a cuidar y atender el padecer con sus propios medios.

### **Uno aprende a atender y cuidar como va viendo**

Héctor considera que el aprendizaje de las personas para cuidar y atender a una persona mayor, con padecimientos crónicos y en condiciones de discapacidad, es “empírico” y se obtiene “como van viendo” y “porque fulanito le dijo cómo tiene que hacerlo; o porque aprendió; o muchos toman la pauta de cómo cuidaron a un niño pequeño y así cuidan a un adulto mayor”. “Algunas [cuidadoras]—dice Héctor—le han de preguntar a su médico, a un vecino o a un familiar, para saber cómo le tienen que hacer”. Es decir, que por medio de las recomendaciones y consejos de sus redes sociales y familiares las personas aprenden a cuidar.

En estas afirmaciones podemos ver que el aprendizaje de la atención y cuidado a las personas mayores en el espacio doméstico se da de manera empírica a través de observaciones y en la práctica misma en ensayos de prueba y error. En tanto que las fuentes y los contextos de información pueden variar, pero no existen, en este caso fuentes formales, es decir que las mismas instituciones médicas capaciten a los cuidadores de las personas mayores. Se puede decir que las recomendaciones y consejos son información y enseñanzas que comparten los

miembros de las redes sociales informales y que surgen de las propias experiencias de atención y cuidados.

Male, hija y su cuidadora principal de Josefina, quien no contaba con conocimientos previos, aprendió a detectar y controlar ciertos signos y síntomas de gravedad a través de la observación y por medio de la práctica misma en el espacio doméstico. Ella cuenta que:

Por ejemplo, yo le noto luego, luego cuando se le baja el azúcar porque veo que se va para un lado y para otro, y la tiento. Y si veo que está sudando frío es porque se le está bajando el azúcar; entonces, vengo y le tomo el azúcar y sí, efectivamente, tiene el azúcar baja. Y la acuesto y le doy una Coca o un chocolate macizo. Eso lo aprendí a partir de observarla porque yo la veía así; y le tomaba la presión. Y si no era eso le tomaba el azúcar y veía que era el azúcar. Ya soy la enfermera de mi madre. Es más, lo de la azúcar, la presión y lo de la insuficiencia, cuando veo que le falta el aire le pongo el oxígeno 10 minutos.

También ha aprendido a manejar el padecimiento cuando observa la práctica de los médicos en las consultas a su madre. Ella misma afirma que los “médico no enseñan”, sino que con la observación ha aprendido a atender el padecer crónico de Josefina:

Porque cuando llevaba a mi mamá, de por sí ella ya tiene muchos años con esas enfermedades, y yo escuchaba lo que los médicos le decían, “¿a ver, ve puntos blancos?”, cuando iba mala de la presión; “¿y le falta el aire? Ah, presión”. A ver, le tomaban la presión y sí era presión alta. Entonces, yo aprendí de ir viendo al médico. Los médicos realmente no enseñan. Yo me daba cuenta de lo que le decían a mi mamá. Entonces, cuando le pasaba algo similar le decía lo qué era y yo le atendía, ¿para qué la llevo al médico si le van hacer lo mismo que yo? Aprendí a darle las pastillas de ver lo que le daban. Si trae presión y es azúcar, lo primero que hago es tomarle la presión; si no es presión, es la azúcar, según lo que me salga la trato. Mi hermano me dice que soy la doctora Simi, similar a los doctores.

Male ha aprendido a manejar ciertos fármacos para atender algunos malestares de su madre. Ella ha aprendido esto a través de la misma práctica cotidiana y cuenta: “Como yo soy la que diario le pone el medicamento sé que la [pastilla] roja es la vitamina, la amarilla es el ácido fólico, la gorda es para los triglicéridos (otra grande blanquita). Luego nada más por las cajas, le digo, ‘esa verde es para la diarrea’. Así las he conocido por la práctica de tantos años”. Entonces, ha llegado a ser la curadora dentro de la familia y cuando alguno de sus hermanos “se siente mal”, ella, a través de la experiencia, recomienda los medicamentos que pueden ser usados, pero únicamente en las “cosas simples y cotidianas”, excluyendo aquéllas que entran en su escala sociocultural de los padecimientos “graves”. Es así que se ha favorecido la automedicación en este espacio doméstico. Ella cuenta que: “Les digo a mis hermanos ‘tómame esto’. Mi mamá ha estado tantos años enferma que he aprendido qué se deben tomar en cada caso. A lo mejor en casos graves no; pero así cosas simples, cotidianas sí”. Josefina, reconoce que su hija sabe atender el padecer crónico, pues identifica los síntomas y prescribe los procedimientos y medicación necesaria. Ella ha dicho acerca de su hija: “Ella es mi médico”.

A la pregunta directa acerca de cómo había aprendido a cuidar de las enfermedades de su madre, ella contestó:

Por rutina, como diario es lo mismo. Y a mi mamá, porque ya tengo identificados sus síntomas, cuando es de la presión, cuando es de la azúcar, cuando es del corazón. He aprendido mucho, es lo que le digo a mi mamá, he aprendido más que si hubiera estudiado porque sobre la práctica se aprende más. Claro, no sé términos ni mucho menos, pero sí he aprendido mucho con mi mamá.

Concepción, la cuidadora principal de Martín, luego de que su padre comenzó a vivir en una condición de dependencia y a requerir cuidados derivado de las secuelas de un EVC y padecimientos cardíacos, se enfrentó con una situación complicada, pues como ella misma dice: “porque yo no sabía nada. Le digo que yo no sabía ni moverlo. Cuando él [Martín] sale de la operación y que nos dicen [los médicos] que está muy grave, yo no sabía ni qué hacer ni cómo moverlo ni nada, nada, nada...”

luego me dicen [en el hospital] tienes que cambiarlo, ya se hizo del baño. Yo no tuve hijos, yo nunca cambié a un niño, menos a un adulto. O sea que sí, sí fue difícil aprender todo eso”. Para esta mujer si bien el modelo del cuidado es el maternal que se aprende a través de la atención a los hijos, ella entiende que cuidar a una persona mayor es totalmente distinto y requiere de diferentes estrategias, pues como ella afirma: “yo digo, a un niño le voy a poner pañal -nunca tuve hijos- y luego mis hermanas me decían ‘ay cámbiame a mi hija’. Y pues a un niño lo agarro por sus pies, lo levanto y lo limpio; y a él [Martín] ¿cómo lo levantaba?, ¿a él cómo lo bañaba? A un niño lo acomodo y lo baño, ¿pero a un adulto? O sea que sí, a veces, sí me desesperaba de que no sabía hacer las cosas”. Es así que también se puede observar que la falta de conocimientos de cuidado hizo que esta experiencia fuera “desesperante” –como esta misma mujer afirma- debido a las frustraciones derivadas de no contar con los conocimientos para cuidar.

El cuidado ha resultado complicado y ella asegura que es un proceso continuo, pues “uno no se adapta” y “siempre hay que estarle buscando el modo, la maña,<sup>83</sup> la manera en cómo adaptarnos a él”. Entonces, para esta mujer el aprendizaje empieza con una falta de conocimiento y es por medio de la práctica continúa, a través de recomendaciones y consejos de sus propias redes sociales que se aprende a cuidar y a generar estrategias. Ella afirma que: “No, o sea, no es de conocimiento, sino que uno va aprendiendo las cosas. Pero ya haciendo seguido, seguido con él, pues ya uno va agarrando experiencia, va agarrándole la manera”.

En su proceso de aprendizaje ha habido una serie de fuentes de donde ha obtenido la información, pero éstas han sido en su mayoría informales y se ha desarrollado en un entorno de ausencias de apoyos y enseñanza por parte del cuerpo médico o de instituciones especializadas en la atención de personas mayores y con discapacidad. En el hospital, por ejemplo, durante el tiempo que su padre permaneció internado, el personal de enfermería le “empezó a enseñar” a movilizar, limpiar y bañar a su padre; pues el personal no asumía estas tareas.

---

<sup>83</sup> Destreza o habilidad.

Además, sólo a eso se redujeron las enseñanzas que recibió en este lugar. Fue una de sus hermanas, quien contaba con estudios de enfermería, quien le enseñó a medir la presión arterial con un baumanómetro. También, a través de la observación, han tratado de replicar en su propio hogar las terapias de rehabilitación física, los auxiliares y aparatos, como las barras paralelas y las poleas con peso, que había en el hospital al que asistía su padre.

En tanto que los médicos sólo le han proporcionado información cuando ella o su hermana les han preguntado acerca de los cuidados necesarios para su padre y, como hemos visto, esto ha dependido de la confianza y la disponibilidad del propio médico para enseñar, explicar o informar, pues no existe una estrategia formal para formar a los cuidadores de personas mayores y con padecimientos crónicos. Al final, Concepción reconoce que se requieren de mayores apoyos para el cuidado de la persona mayor con discapacidad: “Pues yo creo que sí necesitamos un poco más de apoyo porque luego nos desesperamos. Uno se desespera de que él se pone enfermo. Sí necesitamos más apoyo. Sería muy buen apoyo llevarlo a algún lado donde él hiciera algo, a donde él estuviera distraído; a lo mejor sí hay lugares, pero pues no lo podemos llevar porque al llevarlo es quedarnos con él”.

### **Sistema de elección del modelo de atención**

Esta trayectoria en cuanto a las prácticas de atención es amplia e incluye un sistema de elección del modelo de atención (actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales para prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003)), el cual se refiere a la forma en que los sujetos y grupos sociales eligen y usan las diferentes formas de atención, las sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen. Por regla general, en las trayectorias, se comienza con prácticas de autoatención hasta que el padecer es considerado como grave y, es entonces, cuando se decide buscar atención biomédica o con otro curador. En ocasiones, ya sea por la referencia institucional o porque buscan otras opiniones y mayor eficacia diagnóstica y terapéutica se asiste con médicos de segundo o tercer nivel. En



algunos casos, como excepción, como en el de Guadalupe, antes de acudir con el facultativo se busca atención con curadores tradicionales y alternativos. Esto ocurre porque esta mujer había elaborado un diagnóstico popular en el que había supuesto que el dolor que experimentaba en las piernas y la espalda eran resultado de una fisura en la columna vertebral derivada de las secuelas de una caída y esto podía ser mejor atendido por un huesero.

Todas las personas con el padecimiento y sus familias para atender un padecer crónico recurren a la autoatención; de la misma manera, todos coincidieron en el uso de la biomedicina. Hay que señalar que en 12 casos pudieron acceder a atención médica de especialidades, específicamente para cirugías (3), rehabilitación física (3), oftalmología (5), nefrología (3), neurología (1), ortopedia (2), geriatría (1), hematología (1), cardiología (1) y gastroenterología (1); en tanto que en medicina tradicional sólo buscaron atención 6 de las personas con el padecimiento y principalmente fue con curanderos,<sup>84</sup> entre los que se encontraron prácticas terapéuticas específicas, tales como curanderos de brujería, hierberos,

---

<sup>84</sup> Según el Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (UNAM, 2009) el curandero es una denominación genérica que reciben todos los terapeutas en el ámbito de la medicina tradicional. Bajo esta designación quedan incluidos aquellos curadores que cumplen la función del médico general; es decir, los que atienden una amplia gama de padecimientos y enfermedades empleando diversos recursos y métodos diagnósticos y curativos. También son llamados así los que cubren funciones terapéuticas más restringidas y específicas; o sea, los que se han especializado en demandas particulares de atención como huesero, culebrero, partera, levanta sombras, curandero de aire, curandero de brujería, etcétera, así como los que dominan un método, técnica o recurso para efectuar su diagnóstico o terapia, como chupador, cantor, ensalmador, rezandero, sobador, pulsador, ventosero, hierbero, peyotero, rosero, polvero, etc.

El curandero de brujería es el especialista de la medicina tradicional dedicado a la atención de las enfermedades causadas por efecto de la hechicería y cuyos métodos de contra-brujería se dirigen generalmente a la extracción del mal; el huesero es el especialista de la medicina tradicional que domina las técnicas encaminadas al tratamiento de diversos trastornos del sistema músculo-esquelético; mientras que el sobador es el especialista tradicional que se vale del masaje o sobada en sus terapias. Aunque estos recursos son utilizados por distintos especialistas de la medicina tradicional, particularmente el huesero y la partera, el sobador es distinguido por su destreza en la aplicación de sobadas para afecciones músculo-esqueléticas y tratamientos que requieren de maniobras destinadas a acomodar órganos o partes del cuerpo que se encuentran fuera de su lugar. Y, por último, el ventosero es el especialista que Procedimiento terapéutico para eliminar la enfermedad al extraer su agente causal por un efecto de succión al producirse vacío mediante la combustión, en un recipiente (vaso) que se aplica sobre la piel.

sobadores y ventoseros. Finalmente, un número similar de personas (en 7 casos) buscaron atención a través de la medicina alternativa, siendo el naturismo y la homeopatía las más recurrentes, posteriormente la acupuntura y luego, con solo un caso cada una, jugoterapia, quiropráctica, medicina integral, radiestesia, oxigenoterapia y medicina nuclear. Pero se observa la sutura terapéutica a la biomedicina. Asimismo, se da cuenta de la importancia de la autoatención y el espacio doméstico como el lugar principal para manejar el padecer al yuxtaponer, combinar y utilizar prácticas de diferentes modelos de atención; pero, ¿cómo decidieron hacer uso de cada uno de estos modelos de atención? Altagracia dice que: “Yo cuando me siento mal del estómago, algún malestar, una diarrea pasajera, me preparo un té de manzanilla con carbonato. Cuando no es una infección, pero cuando veo que es una cosa que no se quiere quitar me voy al doctor. Y si lo hago -digo- no se vaya a poner más grave la cosa”.

Existe, entre las personas con el padecimiento y sus familias, una relación confianza/modelo de atención. Cabe recordar que la gravedad funciona como una escala subjetiva basada en la normalidad/anormalidad percibida del síntoma y su reconocimiento sociocultural. A través de la ponderación de la complejidad, es decir, por la serie de posibilidades que pueden desencadenar el padecer, y de acuerdo a la capacidad de reconocimiento y de respuesta para la atención se conjuga con la confianza para elegir las prácticas de atención. La confianza -según Luhmann (2005)- es un mecanismo de reducción de dicha complejidad que permite ofrecer ciertas seguridades y planificaciones acerca del manejo del padecer; por tanto, hace factibles las posibilidades de acción y elección de las prácticas de atención.

Entonces a mayor complejidad, cuando el padecer es más extraño y misterioso, menos son los límites reconocidos y se presentan una serie de posibilidades que resultan abrumadoras y fuente de inseguridades, por lo que exceden la capacidad de respuesta con los propios medios del sujeto, se busca el nivel y modelo de atención que presenta el nivel de confianza adecuado. De tal manera que a mayor complejidad requiere de un modelo de atención que le permita generar expectativas de cura o evitar las complicaciones, el sufrimiento o la muerte,

por lo cual elige un modelo de atención que le resulte más confiable. Entonces, una vez que se ha generalizado la confianza en la biomedicina, que resulta familiar en una sociedad biopolitizada, ésta suele ser la práctica adecuada para los estados considerados de gravedad. Como resultado, para los estados identificados de gravedad la biomedicina es la principal referencia de atención. Ana, la hija de Magos, afirma que, “pues pensamos que la medicina es lo único; y no alternativas homeópatas o algo, no”.

En cambio, las prácticas tradicionales y alternativas son consideradas menos eficaces y se les tiene menor confianza para la atención de padecimientos considerados graves. Esto se ve explícitamente en las afirmaciones de Concepción: “No las usamos porque no le tenemos confianza a eso. Yo digo, a lo mejor los naturistas, a la mejor, sí son buenos; pero yo digo, es un proceso muy largo. Y por decir, se le sube la presión a mí papá y me han dicho de muchos remedios para bajar la presión; pero yo digo, si tiene la presión tan altísima, y en lo que hace efecto el remedio, el té ese, mejor le meto la pastilla”. También se puede observar que existe una menor confianza en la medicina tradicional, como cuando esta misma mujer dice: “Con curanderos yo no les tengo confianza, ¿qué le pueden hacer con su ramito? Pasárselo por todo el cuerpo. ¿Eso en qué le puede ayudar?, ¿qué le puede hacer?”. En otros casos, como en el de Angélica, se desconfía de las prácticas porque los médicos les advirtieron de los peligros que pueden ocasionar: “Decían los médicos que era más perjudicial tratarle de sobar porque un coágulo en la sangre puede ser más perjudicial al tratarle de ayudar”. Finalmente, el pragmatismo también influye en el menor uso de la medicina tradicional, pues las personas siempre reconocen que se requiere de tiempo para preparar los remedios. Entonces no son secundarias las afirmaciones en las que se deja ver la relación confianza/gravedad del padecer, tales como las de Guadalupe cuando se refiere a las medicinas alternativas y tradicionales: “Dolencias chiquitas como para el hígado que le dan tés y té de boldo; y luego para reumas dan ajo, dan cebolla, dan mucha cebolla; y luego pildoritas para evacuar, para el estómago, para la gastritis. Y todas esas cosas que son...Pero una cosa dura como la mía, no”. En otro momento afirma “Pues no, no...para padecimientos graves no, no, no; mejor de una vez al doctor y

a un hospital y ahí rápido”. Estas afirmaciones son similares a las de la hija de Alberto, que respecto a otros modelos de atención al biomédico dice: “No, no queremos que le metan mano porque es un asunto delicado”.

¿Cuáles son los momentos en la trayectoria de atención en los que son usados otros modelos médicos, como el tradicional y el alternativo? Principalmente cuando las expectativas de un diagnóstico y tratamiento efectivos no han sido alcanzadas por la biomedicina. Este es el caso de Salvador, quien no ha podido conseguir un diagnóstico ni tratamiento efectivos y ha buscado alternativas de atención.

En otros casos, depende el diagnóstico popular que se elabora. En este caso, las personas con el padecimiento distinguen entre las enfermedades que se pueden atender a través de la biomedicina y los padecimientos de filiación cultural que no reconoce dicho modelo de atención. Entre los principales padecimientos de filiación cultural se encontraron las músculo-esqueléticas, en las que se incluyen las torceduras, contracturas, afecciones de los tendones; los trabajos de brujería, que son resultado de relaciones sociales conflictivas en las que se realiza un “trabajo” para hacer daño a la persona; también se encontró el “mal aire”, que ocasiona malestar por la penetración de un vaho nocivo al interior del cuerpo; y el empacho, que es una enfermedad que se caracteriza por diversos trastornos digestivos, ocasionados por la ingestión de determinados alimentos y sustancias no alimenticias que se “pegan” en el estómago o en los intestinos. Para estos padecimientos, que la biomedicina no reconoce o tienen limitaciones en la atención, se recurre a curadores tradicionales, pues como dice Martha, “ellos han usado, por decir, a una señora que le soba el empacho. Pues éste... pues, como es algo de que dicen que los doctores no lo curan el empacho; entonces, pues ya ellos los soban y que le truenan el empacho y ya parece que sí les sirve”.

Finalmente, tanto las medicinas alternativas como las tradicionales, son usadas como complementos para el manejo de los padecimientos; aunque con una jerarquía inferior a los tratamientos biomédicos. En este sentido, Ernestina dice:

“Las plantas ya están en las inyecciones, ya están en las tabletas, ya están en los estudios de rayos X y todo eso, sí en todo eso; sí sirve el naturismo, pero como complemento, pero no ayuda como en mi caso”. Mientras que María afirma: “O sea, hay medicamentos naturistas buenísimos y no hay ningún contratiempo (ella quería decir contraindicación) con los medicamentos alópatas. Son como complementos alimenticios. Para complementar, sí. Si están decaídos, les meten medicamentos para que se fortalezcan, si no tienen hambre les meten medicamentos para que les dé hambre y así”.

### **Umbral**

La medicalización tiene como objeto la sutura de los procesos s/e/a a la dimensión biomédica. En definitiva, se observa la intención de anular el litigio al ceñir a los saberes populares, las prácticas de otros modelos de atención a la salud, distintas a la biomedicina, y los modos de vida en criterios definidos por la racionalidad biomédica. Esto ha implicado una cesura en la complejidad de los procesos de atención. De tal manera que -como hemos visto—el mandato además de ser una tecnología de gobierno e implicar un orden sensible, también refiere a un imperativo. Como consecuencia el mandato aparece como algo ajeno y sin concordancia con las condiciones y modos de vida de las personas.

Sin embargo, la erradicación del litigio y el imperativo tienen su límite en la realidad misma donde los elementos litigiosos operan cotidianamente y, en cambio, el mandato sólo está vigente en la medida en que los sujetos lo aprehenden en sus propias condiciones, modos de vida y saberes. Es decir, la orden, aunque se encuentra vigente en el espacio doméstico, su aplicación de acuerdo a como es enunciada imperativamente se encuentra en duda. Por supuesto, es preciso conjurar el supuesto biomédico de que el paciente “no sabe”, está equivocado o no entiende (Menéndez, 2020), pues el conjunto de acciones desarrolladas en la trayectoria de atención pone en evidencia la existencia de un saber respecto a los procesos s/e/a en las personas con el padecimiento y sus familias. Ellos cuentan con saberes etiológicos, diagnósticos, pautas para buscar y elección de modelos de atención en los cuales se aprecia una dinámica de síntesis y articulación de

diversos saberes provenientes de varios modelos de atención incluidos los biomédicos, que les han permitido ejercer una parte activa del proceso atención al prevenir, explicar, atender, controlar y evitar complicaciones, discapacidad y muerte. Estos procesos muchas veces pueden desempeñarse de forma autónoma e independiente de los curadores. Sin embargo, estos saberes de la gente suelen ser considerados por la biomedicina como un *saber del ignorante*” (Rancièrè 2019b,16) es decir, un saber que no entra en la cuenta de las partes.

Estos saberes sirven para articular prácticas y elección de modelos de atención con base en la interpretación, sentido y conocimientos de las personas con el padecimiento y sus familias. Por ello, resulta paradójico que en un contexto donde el autocuidado es la principal tecnología de gobierno a la atención de las enfermedades no transmisibles, esta atención se desarrolle en el abandono y la desigualdad donde el personal sanitario difícilmente interviene en las condiciones de vida o participa en el impulso de las facultades y saberes de los sujetos; en cambio, estos saberes suelen generarse desde la exclusión del conocimiento biomédico. Por supuesto que esto impacta en evitar los procesos de atención emancipados y aun peor, puede promover prácticas iatrogénicas, pues si bien el sujeto siempre actúa activamente en sus procesos de atención no tiene parte en el conocimiento biomédico. Entonces, los sujetos traducen, se apropian, resignifican y subvierten o movilizan recursos de acuerdo a sus propios saberes e interpretaciones que elaboran respecto del mandato biomédico.

## **CAPÍTULO 7. LA DES-OBEDIENCIA**

La meta en este apartado es evidenciar la presencia de las prácticas de aprehensión del mandato en los modos de vida y condiciones de los sujetos. Se trata de verificar si estas implican modos de vivir con la imposición o si, en cambio, suponen, ejercicios disensuales y subjetivaciones políticas que subvierten el supuesto orden de gobierno y la desigualdad de títulos y funciones donde la capacidad crítica, ética y política se hacen presentes al cuestionar y reflexionar sobre las racionalidades, verdades y tecnologías de gobierno, así como los propios saberes y prácticas.

### **Eliminación del litigio: imperativo**

En el capítulo anterior se ha visto de manera sucinta cómo los facultativos son indolentes respecto a la complejidad de las trayectorias de atención, en específico en las prácticas de los diversos modelos de atención que se sintetizan en este proceso. Esta indolencia sobre la complejidad no es gratuita, sino que corresponde a la perspectiva medicalizante que pretende ceñir el proceso s/e/a a una dimensión biologicista y biopolítica. En este caso, Menéndez (2003) reconoce que el eje y rasgo estructural de la biomedicina está centrado en la biologización de su enfoque profesional y técnico. De hecho, como consecuencia, se puede encontrar que los médicos no cuentan con la formación, ni con el conocimiento necesario respecto de estos procesos por lo que les resultan anecdóticos, los soslayan, se ven limitados para intervenir en su relación con en el desarrollo o mantenimiento de los padecimientos. Por ejemplo, Diana reconoce que además de las dietas y tratamientos que prescriben los médicos es necesario indagar acerca de los recursos económicos, la disponibilidad de redes familiares, condiciones de abandono de las personas mayores y apoyos con los que cuenta la familia y, en todo caso, tratar de adaptar el tratamiento a las condiciones de posibilidad de los sujetos. Pero, por otro lado, a través de las afirmaciones de Omar, otro médico, es posible dar cuenta del hecho de que los profesionales de la salud -como él dice- “no atienden a profundidad el “problema”, pues no reconocen las “dinámicas de los enfermos” y se limitan a su práctica clínica en el consultorio o en el hospital y así

ordenan los tratamientos”. Mientras tanto, con las afirmaciones de Samuel podemos ver cómo es que el dispositivo biomédico se mantiene ajeno a las condicionantes y difícilmente trabaja sobre ellas. Este médico reconoce que:

[...] no es una práctica habitual indagar en las condiciones económicas porque el ambiente, la cuestión está... la práctica médica se da en un ambiente aséptico. ¿A qué me refiero con aséptico? En el sentido de que es un hospital o un consultorio; en ese ambiente el médico no es capaz de ver qué hay detrás del paciente que te llega a tu consultorio limpio, detrás del escritorio. Es muy difícil, en ese sentido, si sólo estás interesado en conocer la enfermedad y el tratamiento, muchas veces la cuestión económica sólo es una información para diagnosticar y tratar. No es común que se pregunten de una forma dirigida esos problemas”.

Este mismo médico afirma que en la práctica clínica es:

[...] muy raro que el médico indague en las condicionantes para llevar el control de la enfermedad. Es muy raro, porque además el paciente tampoco, muchas veces, tampoco dice que no puede: de entrada, uno le dice, “tiene que comprar esto y así y así”. Pocas veces le dicen a uno, “no puedo” aunque no lo pueden hacer porque también es reconocer que... la pobreza también puede ser vergonzosa en cierto sentido. Y hay de dos, cuando dicen que no lo pueden comprar, puedes tener la sensibilidad y decirle que tal vez hay otras opciones; o, definitivamente, que no hay otra y que necesita de esa medicina específica y que no hay de otra forma.

De hecho, al observar las diferencias entre la atención que otorga el médico en el consultorio y cuando realiza visitas en el domicilio de la persona mayor con el padecimiento, apunta que:

[...] el hecho de que tú veas sus condiciones y que interactúes de otra forma con ellos te hace ver que si tú te quedas en el consultorio no ves sus condiciones de vida... Ya, en sus casas, ves sus espacios de vida, sus costumbres y creencias y vas entendiendo -al menos yo- que la cosa es distinta; que tú, como médico, estás para aconsejar lo que piensas que es lo más adecuado; que ellos van a tomar la decisión de llevar su tratamiento o no, de



acuerdo a sus pensamientos, posibilidades y gustos. Esa es la conclusión a la que yo he llegado y siempre se las reitero a los pacientes, “sabe que la decisión es suya. Yo solamente aconsejo lo que pienso lo que es adecuado. Usted va a tomar la decisión, yo pienso que es así, pero es la suya”. Y como que he dejado de tener este enfrentamiento con las personas, ya no estoy en ese conflicto, ya no estoy en ese lugar.

Para Diana algunos médicos no tienen la tenacidad para llevar una buena relación con el paciente y para facilitar su empoderamiento, es decir que la persona con el padecimiento se haga cargo y reconozca su enfermedad. Ella ha observado que, cuando la persona llega al consultorio, los médicos únicamente observan los síntomas y los signos y se mantienen indiferentes a las condiciones sociales, familiares, emocionales y culturales de las personas, quienes son reducidos a su enfermedad. Esta médica señala que:

A lo mejor sí hay mucha gente que llega al consultorio con dolor de estómago y ya piensan que es un diarreico y no se ponen a ver más allá. A lo mejor pudo haber sido que la diarrea fue porque estaba muy estresada, porque comió de más, tuvo un coraje; o sea, una connotación más allá de lo científico. Entonces, podría ser en ese sentido. Es esa parte que, a lo mejor, uno como médico, se enfoca al padecimiento: atendemos enfermos o enfermedades y no al sujeto como tal, sin olvidarnos, o perdemos de vista, todo el aspecto social que rodea a esa persona. Nunca se le pregunta a la persona qué quería.

Acaso, ¿estamos, posiblemente, como señala Deleuze, encaminados “hacia enfermedades sin médicos ni enfermo en la que hay más imágenes que síntomas, y portadores más que enfermos” (2014, 212)? Para Edith esto no es una cuestión moral del médico, sino parte del mismo proceso de formación. Para ella, el dispositivo biomédico no está enfocado a formar facultativos que atiendan las condiciones de existencia de los sujetos con el padecimiento más allá de la enfermedad y los procesos anatomofisiológicos y, en cambio, su actividad se encuentra centrada en la orden médica desde la dimensión medicalizante y biopolítica. Esta facultativa reconocía que durante la formación de los médicos si bien se les “enseña” la importancia de la prevención de las enfermedades y la

promoción de la salud, en realidad el enfoque formativo es inextricablemente curativo. La salud -como apunta- parece sólo tener sentido a partir de la enfermedad, pues se nombra, decide, define y mide desde la visión *medicalizada*. Entonces –dice-, en ese proceso de medicalización ya no son los procesos vitales o saludables los que tienen mayor relevancia, sino que es la enfermedad el factor determinante. Ella señala que la profesión médica está dominada por una perspectiva “en donde la salud es el completo estado de bienestar biopsicosocial por declaratoria, pero en la realidad actúa reactivamente, en función de disminuir la tasa de una enfermedad y sus complicaciones relacionadas”. Incluso –dice-, en unos de los modelos clásicos de la historia natural de la enfermedad, el primer nivel, que sería de la prevención y la promoción de la salud, no está entendido para muchos como promoción de la salud sino como control de enfermedades.

Edith supone que así se va distorsionando, a partir de pensar únicamente en la enfermedad, todo lo que tiene que ver con la salud: “En términos declarativos sí se les enseña a los estudiantes [de medicina] que tienen que aprenderse esta declaración de la OMS, pero en términos prácticos es muy difícil que alcancen a ver la salud como algo distinto a lo que logras a partir de descontar enfermedad y discapacidad”. Entonces, no es secundario que Edith (como anteriormente refería Samuel respecto a los diversos modelos de atención), considera que el plan curricular de formación de médicos no está diseñado para reconocer los factores sociales, culturales y subjetivos. Ella cuenta que:

[...] con sólo ver el plan curricular te das cuenta que todas estas cuestiones que tienen que ver con el relacionamiento, con la profesión como una práctica social, están disminuidas en todas las carreras de medicina; no sólo en el Politécnico o Facultad de Medicina; no sólo en las escuelas públicas. En todas las estructuras curriculares la parte que tiene que ver, en términos conceptuales y teóricos, además de prácticos, con la relación médico-paciente están bien disminuidas”.

Para esta médica:

[...]el ejemplo más grotesco es que en el último plan de estudios de la Facultad de Medicina, la antropología médica es una asignatura con el peso de un crédito de cuatrocientos treinta y tantos créditos. Antropología médica vale un crédito y eso significa, no solamente que importa poco para los alumnos (lo tienen que pasar); pero, en realidad, no tiene el peso en la cantidad de créditos que tienen que cubrir y, por ejemplo, una optativa puede tener más créditos que esa asignatura.

En contraparte –dice Edith-, “tenemos, por ejemplo, toda esta corriente de la medicina basada en evidencia que tendría que ver poco con las asignaturas de lo común, de lo societal, porque se refiere de dónde sacas la evidencia para tomar decisiones en general, pero es una asignatura que tiene 8 créditos”. Edith, enfáticamente, dice que “en la formación médica, en términos curriculares, están reducidos el tiempo y el espacio de las asignaturas que tienen la posibilidad de fabricar lentes que te permitan ver la cuestión social y relacionarte con la persona con el padecimiento a partir de ella. Lo que se ha fortalecido en la formación médica es la objetividad y la solidez de la evidencia”.

La Medicina Basada en Evidencia (MBE) es entendida como el “uso consciente, juicioso y explícito de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre el cuidado del paciente individual. Su práctica consiste en la integración de la competencia clínica con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática” (Salvador 2006, 53). Tal evidencia es resultado de la investigación clínica, específicamente la enfocada en el paciente y en la exactitud y precisión de *tests* diagnósticos, la potencia de indicadores pronósticos, así como la eficacia y seguridad de procedimientos terapéuticos, preventivos y rehabilitadores. De acuerdo a este modelo médico, el proceso para la toma de decisiones del médico se fijan en definir las preguntas clínicamente relevantes para elaborar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; búsqueda de la mejor evidencia en la literatura médica; valoración crítica de la evidencia de acuerdo a guías establecidas para reconocer la utilidad y validez de la información obtenida de la literatura médica; aplicación de la evidencia en la práctica clínica; y por último la evaluación de la eficacia del proceso a través de los resultados obtenidos. Es así

que la relación entre médico y paciente se centra en el espacio simple, asequible y económico del “dato” y como reconoce uno de los médicos entrevistados:

El médico es quien hace menos, es quien ve tangencialmente el problema porque ni siquiera entra a profundidad, lo ve por una orillita, lo ve en un momento -que es en el consultorio o en el hospital- y con eso pretende establecer un tratamiento que en la mayoría de los casos, como no sabe cuál es la dinámica de los enfermo (no sabe a qué hora se levanta, a qué hora se duerme, no sabe quién le cuida, si puede tomar sus propios medicamentos) todo eso, casi no se toma en cuenta. Si no lo tomas en cuenta no te ajustas.

Por tanto, resulta fundamental reconocer que los mandatos, entonces aparecen como imperativos “a los que no les puede corresponder nada en el plano de la experiencia” (Agamben 2012, 186). En definitiva, se observa la intención de anular el litigio al ceñir y encuadrar las narrativas, los saberes populares, las prácticas de otros modelos de atención a la salud, distintas a la biomedicina, los modos de vida en criterios definidos por la racionalidad biomédica. Es así que suelen ser enmascarados, negados, rechazados, descalificados, subalternizados o son considerados jerárquicamente inferiores al no contar con la científicidad requerida; lo que ha implicado una cesura en la complejidad de los procesos de atención. Por tanto, cobran sentido la afirmación de uno de los médicos, Omar, cuando dice que: “la medicina te enseñas a no involucrarte, te enseñan a ser frío y calculador porque de esa manera puedes valorar objetivamente las cosas”. De esta manera, la práctica clínica, al observar únicamente los elementos objetivos de la evidencia y suprimir los elementos litigiosos, es indiferente a la experiencia, las condiciones culturales, saberes, políticas, económicas y de posibilidad de continuidad del tratamiento mismo. De tal manera que -como hemos visto— el mandato además de ser una tecnología de gobierno e implicar un orden sensible, también refiere a un imperativo.

Cabe recordar, basados en Agamben (2012; 2012b), que el imperativo es ajeno a las condiciones de la existencia, pues la orden no dice nada de nadie, no describe el estado de cosas y no se refiere a algo que es, a algo que *existe*, sino

que más bien implica un *deber* que se mantiene ajeno a las condiciones cotidianas de aplicación de ésta. La orden, que no describe ni enuncia un estado de las cosas, se limita a exigir la obediencia que se traduce en las acciones de los otros. Es decir, el imperativo -según Agamben (2012)- hace referencia a la capacidad performativa por cuanto a través de su simple enunciación realiza su significado y ello se debe a que este no se refiere al ser, sino al deber-ser. Entonces, podemos observar que el sentido de la orden no es necesariamente su ejecución, por lo que es indiferente a los obstáculos que deben afrontar las personas con el padecimiento y que los conducen a abandonar las actividades de atención o a formular tácticas para su continuidad; en cambio, el mandato médico se fija en el hecho de que el paciente *debe* seguir las prescripciones y las prohibiciones que le son ordenadas a pesar de que resulten un contrasentido para las condiciones de existencia de las personas con el padecimiento y sus familias. Como consecuencia el mandato aparece como algo ajeno y sin concordancia con las condiciones y modos de vida de las personas.

Edith misma al hablar del dispositivo clínico dice:

Con esa contundencia poco importa lo que el paciente pueda decirme porque la experiencia que tenga el paciente, así sea histórica o milenaria, no es una evidencia sólida. Entonces, es perfectamente comprensible porque yo tenga que decirle al paciente, “es que te tienes que apegar porque así es cómo funciona el organismo, así es como funciona el medicamento”. Y no importa ni en qué condiciones está el organismo, ni qué otras experiencias o conocimientos puedan estar jugando un rol en la toma de decisiones. Y eso, necesariamente, afecta la relación.

Sin embargo, la erradicación del litigio y el imperativo tienen su límite en la realidad misma donde los elementos litigiosos operan cotidianamente y en cambio el mandato sólo está vigente en la medida en que los sujetos lo aprehenden a sus propias condiciones y modos de vida. Es decir, la orden, aunque se encuentra vigente en el espacio doméstico, su aplicación, de acuerdo a como es enunciado imperativamente, se encuentra en duda.

## **La gente siempre guarda autonomía: El ineludible litigio**

Aurora, quien se desempeña como psicóloga en una unidad de atención al paciente diabético en una colonia de muy alta marginación en el Estado de México, tiene como mandato institucional “contribuir a que el paciente se adhiera al tratamiento dándole estrategias conductuales para que el paciente modifique sus hábitos”. Pero esta psicóloga confiesa que sus actividades no se adhieren plenamente a este objetivo, pues se ha percatado que las técnicas cognitivo conductuales, enfocadas en el individuo, tienen serias limitaciones y, no obstante, considera que algunas pueden servir, reconoce que es necesario ampliar el enfoque y observar una multiplicidad de condiciones que intervienen en el manejo de las enfermedades crónicas.

Esta psicóloga críticamente se ha dado cuenta que los elementos litigiosos (que ponen en cuestión el orden medicalizante) están presentes y operan cotidianamente. Por ello, aun si su función es “detectar qué es lo que le pasa al paciente que no se puede controlar y brindarle estrategias para que pueda adherirse [al tratamiento]”, no se puede mantener indolente ante el hecho de que la adherencia no es tan sencilla como decir “enchírame esta gorda”.<sup>85</sup> Ella, a través de su experiencia diaria y al hablar con la gente, se ha dado cuenta de las carencias económicas y materiales en las que no sólo deben llevar a cabo sus tratamientos sino en las que las personas que atiende han desarrollado sus vidas.

Aurora comenta que sus pacientes le han dicho que su padecer se debe a que no se cuidaron o recibieron un susto, pero ella señala que: “entonces empiezas a ver un poco sus historias y ver qué es lo que está pasando en cada persona. Una de las cosas que más he detectado es que son historias donde ha habido muchas carencias en esta población que yo atiendo. En muchas otras, a lo mejor, sí tiene que ver que llevaron vidas con mucho estrés; en otras son duelos (que a lo mejor se murió la mamá y tenía un apego con esa persona) y también se desarrolla la

---

<sup>85</sup> Imperativo de uso coloquial en México que se refiere a la sencillez de realizar un procedimiento y obedecer una orden.

enfermedad”. Asimismo, las personas le han mencionado que en muchas ocasiones no cuentan ni siquiera con un refrigerador para conservar la insulina y deben pedir a familiares o conocidos “el favor” de resguardar, en sus frigoríficos, el medicamento. Lo mismo ocurre ante el mandato que reciben las personas de monitorear continuamente la glucosa, pues las personas con las que trabajan le han cuestionado diciéndole, “¿Cómo me van a pedir que me monitoreé mi glucosa, si le juro que no tengo dinero para comprarme un glucómetro?” Aurora, ante la imposibilidad de ofrecerles alternativas, dice que les brinda contención para “recibir el impacto de “tener” una enfermedad que no se va a quitar, que les va a deteriorar y que va a tener una muerte fea”.

El caso de la familia Estrella es un buen ejemplo de esto. Concepción y Margarita, cuidan a Martín, su padre. Ellas comenzaron a cuidarlo, luego que Alejandrina, la esposa de Martín comenzó a padecer diabetes y posteriormente enfrentó una nefrectomía, y entonces no pudo seguir con el cuidado de su esposo, quien presenta secuelas de una Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC), que ocurrió en el año de 1998, y como consecuencia quedó paralizado del lado izquierdo del cuerpo. Posteriormente, Martín padeció una afección vesicular en 2007, que requirió de intervención quirúrgica, durante la cual, refieren los familiares, falleció por unos minutos (sic); luego de este evento, la salud de Martín empeoró debido a que comenzó a presentar deterioro cognitivo. Últimamente su condición se ha agravado por la diabetes e hipertensión arterial que también padece.

Concepción y Margarita han tenido dificultades para encontrar un empleo dentro de las actividades formales de la economía, por lo que han tenido que dedicarse a actividades comerciales dentro de la informalidad. Margarita, en el momento de las entrevistas, se encontraba desempleada desde algunos meses atrás, luego que fue despedida de una empresa dedicada a servicio de limpieza. Mientras estuvo empleada contaba con la derechohabencia al Seguro Social, que hacía extensiva a sus padres; desgraciadamente, luego de varios meses sin encontrar empleo perdió el acceso a los servicios médicos y medicamentos de la seguridad social. Concepción, quien tiene varios años sin un empleo formal ha

incursionado en distintas actividades comerciales, desde venta de jugos a elaboración de piñatas que vende en la temporada navideña. Martín y su esposa, Alejandrina, nunca cotizaron para una pensión contributiva. Martín siempre tuvo empleos informales y trabajó como repartidor de pulque, vendedor de raspados y de jugos; mientras que Alejandrina siempre tuvo como principal actividad el hogar. Fue entonces que, al enfrentar las limitaciones en la actividad, Martín no pudo trabajar y perdió su fuente de ingresos, por lo cual tuvieron que asumir los costos de atención y manutención sus hijas que cohabitan en la misma unidad doméstica. Concepción cuenta que por la falta del servicio médico y los medicamentos que les proporcionaba el Seguro Social han tenido que pedir ayuda a sus hermanos y cuentan que:

Sí, [llamamos a nuestros hermanos] para ver cómo le íbamos a hacer. O sea, para decirles a ellos que nos ayudaran, que nosotros ya no podíamos. Mi hermana se sale a pedir trabajo y no encuentra. Entonces las medicinas que le dan en el Seguro la verdad sí son caras; entonces, dijimos “si apenas podemos mantener la casa y luego el medicamento tan caro, ¿de dónde?”. Y sí, les hablamos a todos y les dijimos, “que nos ayudaran, que ¿qué íbamos a hacer?” Y cuando él [su padre] se pone muy malo lo llevamos a la [Clínica] 29 [del IMSS] y si no tiene Seguro, ¿a dónde lo vamos a llevar? Parece que le van a dar el Seguro a mi hermano y ya él lo va a asegurar, ya anda haciendo ese trámite.

Patricia, hija de Guadalupe, quien, junto a su hermana realiza las labores del cuidado de sus ancianos padres que viven con padecimientos y discapacidades crónicas, cuenta que a pesar de que los médicos les ordenen a sus padres el consumo de ciertos alimentos y la restricción de otros para el manejo correcto de la diabetes que padecen, esta situación es complicada debido a los ingresos familiares. Para ella y su familia resulta incosteable la elaboración de dos menús diarios para la familia, pues -aquí las condiciones económicas se entrecruzan con las culturales- su familia, esposo e hijos, no están acostumbrados a las dietas prescritas a sus padres. Entonces han tenido que mantener sus hábitos y, en



ocasiones, tratar de adaptar las necesidades alimenticias de sus padres por medio de una regulación de las cantidades de alimentos que consumen.

Quieren que coman cinco veces al día y no se puede. No se puede. A veces no es de que uno no quiera comer sano, sino que no alcanza. Hay veces en que no alcanza y para poder hacer eso tienes que dejar a tus niños, los pasajes; y ya ve que está bien caro el transporte. Pues sí, son cambios que... si uno quisiera sí lo hiciera, pero es un cambio muy, muy fuerte de dinero [...] Porque realmente sí sabes cuál es la comida sana, ¿no? Pues son las verduras, los aceites en cantidades, los grasos no, que el aceite de oliva...todo eso, todo eso, al menos yo lo sé. Pero siempre está la cuestión de que no es una, o sea, es como cuando uno quiere hacer dieta, pues casi toda la familia pues tiene que comer más o menos lo que uno come porque si no es una tortura, ¿no? Es una tortura estar viéndolos a ellos comer su tostadita y uno su zanahoria, ¿no?

En las palabras de Patricia se puede observar que la orden, como imperativo, es indiferente a las condiciones de vida las personas con el padecimiento. Con ello, podemos decir que los elementos litigiosos siempre están operando. Esto lo saben los médicos. En este sentido, Edith contaba que “la persona no desaparece” y, en esto, dejaba ver que los médicos reconocen que la persona con el padecimiento nunca se reduce a su condición de paciente, como un sujeto pasivo y obediente, vaciado de su subjetividad y descontextualizado, sino que existe una persona que decide y actúa permanentemente ante los imperativos biomédicos.

Samuel cuenta que luego de salir de la Facultad de Medicina tenía “la misma mentalidad”, acerca de que el paciente debe obedecer. Él dice que al principio consideraba que *así debía ser*. Este médico recuerda que alguna vez le advirtió a una señora que, si no iba a seguir las instrucciones, que ya no fuera a las consultas porque no tenía caso que asistiera. Sin embargo, en el proceso de atender personas mayores en sus propios domicilios y observar las condiciones de vida de estas personas –señala- que se dio cuenta que “por más que tú asumas actitudes autoritarias no vas a poder pasar de eso, aunque sea por su bien o por su mal; lo que sea. Ellos guardan una autonomía en relación a sus construcciones simbólicas. Ahí te ves con un impedimento. Te das cuenta de que la complejidad, al menos con

ese sector, aunque yo creo que también con otros, y en las zonas rurales, las personas no están tan..., hay un buen grupo que guardan una autonomía ante las órdenes o los impulsos autoritarios.”

### **Me quitan todo. Des-obediencia a la orden médica**

“Sigo mi tratamiento al pie de la letra, tomo mis medicinas como debo y he dejado de comer muchas cosas”, me contó Josefina mientras preparaba su *cocktail* de medicamentos compuesto por varias pastillas de diversos tamaños y colores durante las primeras visitas que realicé a su casa. En otra ocasión, ella misma contó que: “Hago lo que la doctora me dice. Sigo las instrucciones y ya”. Esto hacía suponer que esta mujer se encontraba totalmente adherida al tratamiento, pero no era así. Ella, debido a su avanzado padecimiento y múltiples enfermedades, debía enfrentar serias restricciones alimenticias y de actividades, así como consumir grandes cantidades de medicamentos. De su dieta, por mandato médico, había sido retirada la sal, las grasas, el picante, endulzantes, refrescos, carbohidratos y carnes rojas. Alimentos que, hay que decir, componían la base de su alimentación, los había consumido durante toda su vida y los disfrutaba, al grado de no poder concebir qué otros alimentos podrían consumir, ni cómo debía prepararlos y, en consecuencia, la restricción implicaba la pérdida de sentido en su vida, un absurdo, pues ella señalaba que le “*habían quitado todo*”.

Esta comprensión del mandato de autocuidado como un “hurto” no es exclusiva de esta mujer. También ha aparecido en otros entrevistados. Esto mismo se hace evidente en el caso de Eleuteria, quien estaba acostumbrada a comer carne de res, puerco y vísceras (como el hígado y la panza de la res), pero cuando los médicos le restringieron el consumo de estos alimentos y le ordenaron consumir pechuga de pollo, pescado y atole sin leche, ella reconoce que “todo se lo quitan a uno”.

Pero, volviendo con Josefina, se puede contar que luego de un tiempo de visitarle en su casa y con el fin de realizar una entrevista, después de que ella y su hija volvían del médico, las encontré desayunando gorditas de chicharrón, que son

una especie de tortilla de maíz frita rellena de trozos prensados de carne restantes de la corteza frita del cerdo, lechuga y queso rallado y bebiendo refresco de Cola. Es obvio decir que estos alimentos los tenía prohibidos y ella lo sabía. Al verme entrar, Josefina se mostró apenada y trató de apartar de ella sus alimentos, parecía como si hubiese sido atrapada cometiendo algún tipo de falta grave. Luego, ella misma me dijo que era muy difícil dejar de comer y seguir todas las instrucciones del médico; de hecho, a pesar de haber sido referida por el médico al nutriólogo, ella ha decidido no asistir, pues “le quitaría todo, más de lo que ya le habían quitado”. Nuevamente aparece esta representación del hurto donde la voluntad del sujeto queda adscrita a la voluntad del otro, quien decide qué es lo que está permitido y que se debe “quitar”.

Josefina cuenta que con la leucemia ya todo le hacía daño, pues hasta comer pollo (al que considera menos agresivo para el sistema digestivo) le ocasionaba malestar. Cuenta que presentaba “una descompensación en el estómago que ya no podía”. Desde entonces, ha tenido que vivir con severas restricciones alimenticias a las que ella se opone, pues dice: “Muchas cosas me las han quitado los doctores que a veces le digo a mi hija, “¿entonces qué voy a comer?” Todo me lo han quitado, ¿qué voy a comer?, ¿pollo y pescado nada más?, pues cómo que diario lo mismo, como que no. Como que eso sí, no.”

En otro momento hace evidente el placer que la causa la comida y cómo, a pesar de saber los riesgos que implica, suele resistirse a la prohibición: “Puede que sí, pero no me gustan las verduras que es la principal. ¿Cómo me voy a pasar la vida comiendo pollo, verduras y pescado? Tan rico que es un taquito de carnitas”. Esta mujer reconoce que no siempre las órdenes médicas son adecuadas y en ocasiones le parecen absurdas, sin sentido, o más bien un contrasentido que se enfrenta a sus pautas de consumo cotidianas, a sus hábitos, saberes, gustos y costumbres, al sentido de comer bien y de lo que se debe comer; por lo cual se resiste a obedecerlas o seguirlas plenamente: “A veces las veo bien, pero a veces las veo absurdas; pues sí, ¿cómo quitarme todo lo que voy a comer?, ¿entonces

qué quiere que coma? Más que puro pescado y pollo, no. ¿Qué le pasa? A ver que él [el médico] coma puro pescado y pollo”.

En este absurdo se hace evidente que estas mujeres entienden la alimentación como fuente de placer y fortaleza, como elemento de identificación y relaciones sociales, como una práctica investida simbólicamente que le da sentido a su vida y en la que los alimentos, además, han sido catectizados libidinalmente por lo que causan placer a sus sentidos. Por el lado contrario, la biomedicina, que reduce al sujeto a una vida biológica y su enfermedad a una anormalidad anatomofisiológica, busca imponer reglas para regular los consumos y hábitos, mediante los que la comida es constreñida a una práctica meramente nutritiva, que la vacían del sentido y experiencia subjetiva, cultural y político-económica. Así, la prohibición impuesta por el mandato se vive como un hurto, en el que al sujeto se le arrebató el sentido mismo de la vida por lo que genera tácticas de resistencia al poder que le impone restricciones.

Ellos creen [los médicos] que todos deben hacer lo que ellos dicen. Por ejemplo, me dicen, ‘esto lo deja de comer o tomar’; pero me siento mal. Entonces digo, ‘a volar la dieta, mejor como para sentirme bien; mejor como. Mi cuerpo necesita de todo’. Y ellos todo me quitan. Entonces, ¿yo qué voy hacer? Yo tengo que vivir, tengo que estar fuerte para mi gente, tengo que estar bien; si no como, me voy debilitando, debilitando hasta que ya no. Yo siento que soy muy fuerte. Yo tengo esa fuerza, esa entereza, esa que digo ‘yo voy a poder, primero Dios’. Claro, primero Dios y luego yo. El día que Dios me llame, ahí sí ya no me resisto. Ahí sí ya le hago caso a él; a él no puedo decirle que no lo voy hacer. Pero yo me siento fuerte, aunque me canse; hago las cosas, aunque me canse: como en la mañana estaba tallando el piso, porque vino un muchacho que según a pintar, pero dejó manchado el piso; ahí estoy dándole y me empieza a doler el riñón, pero le sigo; ya después me siguió doliendo y ya mejor me voy a acostar. Pero sólo así que yo vea que sí, en realidad, no puedo, dejo de hacer las cosas, pero mientras no, yo saco mis fuerzas, ¿de dónde? No sé, pero yo saco fuerzas y lo hago.

## Los buenos y los malos mandatos

Los “buenos mandatos” son los que se ajustan a la forma de vida, hábitos alimenticios, gustos y a las actividades cotidianas de las personas, incluso si se debe modificar las cantidades acostumbradas de consumo y el tipo y tiempo de actividades. Por ejemplo, a Josefina últimamente le habían sido prohibidos los lácteos y al preguntarle si estaba dispuesta a dejar de consumirlos ella confirma que seguirá la orden. Para ella, seguir este mandato no es un problema porque “si uno quiere estar bien lo debe lograr”; pero, al observar que no ha podido dejar de consumir otros alimentos, también proscritos, ella misma afirma “que de cualquier manera no comía nada de eso [lácteos]”. Ella, desde hace tiempo, dejó de consumir leche y, a pesar, de que le gusta la crema y el queso no son alimentos que “le llamen mucho la atención” y acaso come un “pedacito sólo para probar”. Entonces, mientras la prohibición que impone la orden sea similar a sus modos de vida y prácticas cotidianas es más factible la adscripción a ella.

Por otra parte, cuando la orden no se ajusta a sus modos de vida ella elabora una táctica de resistencia al mandato médico basada en la *negociación*, es decir, en ajustar y adaptar el mandato médico a sus saberes, hábitos y costumbres: “Las buenas son cuando me dice coma, pero poco. Lo que quiera, pero poco. Yo, por ejemplo, en la comida me como una tortilla, en el almuerzo me como una tortilla y en la cena ya no como nada; me como una fruta o así, pero ya en la noche no tomo nada. No me explico, a veces, por qué me sube tanto el azúcar si no como ni mucho pan, ni mucha tortilla, ni mucha sopa. Todo me sirvo poquito. Poquito, nomás para que se me quite el hambre, *pero no porque me lo ordenen ellos*”.

Algo similar ocurre con las actividades, pues a Josefina le han indicado reposo, pero ella se resiste. Esta orden también le parece absurda debido a que resulta una contradicción a sus prácticas comunes que le han permitido identificarse como una persona “útil” y “activa” y que organizan su cotidianidad. Ella cuenta: “Hacer quehacer, como ahorita que me puse a lavar, me duele ahorita el pulmón; me pongo a lavar los trastes e igual; me pongo a barrer y el riñón. No puedo hacer ya nada, luego le digo a mi hija que ya me desespero de que no puedo hacer mis

cosas; yo estoy acostumbrada así (hace gesto de tronar los dedos) y ahora tener que estar ummmhju (mueca de pasividad). Ya a veces me resigno, pero hay veces que sí me desespero porque el dolor en la espalda es muy fuerte y deben de ponerme la pastilla bajo la lengua, porque si no, no voy a poder estar en todo el día”.

Al respecto, Malena, su hija, decía: “Sí, el quehacer, no debe hacer cosas pesadas y las hace. Debe evitar eso, pero no lo evita. Dice, “no me quiero sentir inútil””. Male, en esas situaciones le dice a su madre, “No eres inútil, ya lo hiciste mucho tiempo, mamá. Ahora es tiempo de que reposes, de que te cuides y nada más”. Pero ella reconoce que su madre, si bien puede modificar las dietas en el caso de la actividad es muy diferente: “Porque la alimentación la lleva ahí más o menos, pero es en los quehaceres donde no deja de hacer”. Josefina confirma lo anterior y señala: “Ah bueno, la dieta y reposo, porque él [el médico] me dijo que ya no hiciera nada, pero, ¿cómo voy a dejar de hacer mis cosas si estamos nomás las dos solitas? Luego de repente ella se pone mal del mal que tiene, ¿entonces quién va hacer las cosas? Tengo que hacerlas yo a fuerzas, aunque me sienta mal; así es de que desobedezco porque no puedo hacer otra cosa porque estamos solas”.

Al preguntarle a Chela acerca de los momentos más complicados en su experiencia del padecer, ella considera que: “Los momentos más difíciles son de que uno no puede comer lo que uno quiere”. Chela significa su padecimiento como *trabajoso* (es decir que requiere de esfuerzos) debido a que por sus constantes estados de malestar ha debido dejar de comer el pan y los dulces que tanto le gustan y, en consecuencia, presenta recurrentes estados de ansiedad. Asimismo, señala que se siente triste, pues “ya no puede hacer uno las cosas como se *deben*”.

La ansiedad por la privación de alimentos y bebidas prohibidas también se encuentra en Altagracia. Estos estados que son definidos como un significante de la “falta” son resueltos con un consumo compulsivo. Ella durante toda su vida ha consumido altas cantidades de carbohidratos y azúcares, principalmente en el pan, además de café, hoy en día ha tenido que reducir su consumo y dice que esto le genera “hartas ansias”, es decir angustia y aflicción. A esta mujer, cuando fue

diagnosticada como hipertensa le ordenaron dejar de consumir tortilla, pan y café. A diferencia de la tortilla, el pan y el café los ha comido “desde siempre”. Ella dice: “Es mi problema, casi siempre como pan. Con el café que no me falla, porque si no tomo café siento que algo me falta”. De hecho, Altagracia cuenta que: “Yo me tomo un vasito de Coca diario. Me da nervios. También el médico ha *quitado* el café, pero yo sin el café no camino. Cuando *agarra uno un vicio*, yo el café, el día que no tomo café, ese día a mí *algo me falta*. Un sábado desayunamos con mi nieta, hice chocolate, pero a eso de las 12, 1, sentía que *algo me faltaba*; era mi café. Yo no tomo café todo el día, yo nomás tomo en la mañana. Ya estoy contenta. Pero sí, el médico me advirtió no tomar Coca, *lo que más le gusta a uno es lo que más le quitan*”.

Los médicos le ordenaron a Altagracia consumir nopales, ejotes, berros y apio crudo. Ella se cuestionaba, “¿Cómo creen que con esto la gente va a vivir?”. Entre los alimentos recomendados únicamente le gustaban y había consumido habitualmente los nopales, pero otros alimentos no entraban en su dieta acostumbrada, por ejemplo, los ejotes que nunca preparaba y no le gustan. Ella, que no tenía el hábito de consumir frutas y verduras, dice que “es muy tonta” para consumirlos, pues no le gustan y no le llaman la atención. Es decir, los alimentos que no se ajustan a sus formas culturales y habituales resultan totalmente ajenos e incluso no comprenden cómo integrarlos a sus hábitos cotidianos.

A Ernestina, que viene de Puebla, le prohibieron consumir chile, pero ella se ha resistido a dejar de consumirlo, pues de la misma manera que Altagracia se encuentra dispuesta a aceptar el mandato médico, que le restringe el consumo de alimentos, mientras se ajuste a su dieta habitual y a los alimentos que ella disfruta y que representan parte de sus referentes culturales. Ella –comenta- “me dicen que no coma chile y lo sigo comiendo, porque si no como no me sabe la comida. La azúcar ya no la tomo. El chile no, yo creo que hasta que me muera porque si no, no comería nada. Si no como algo de picante como que se me revuelve el estómago. Comida dulce no. Yo soy de Puebla y ahí puro chile. El azúcar hasta me da asco, por eso fue más fácil. En la noche se me antoja mejor un taco de frijoles con chile

que un atole”. En cambio, cuando las restricciones o inclusión de alimentos coincide con los que consume regularmente, la integración y mayor consumo no es para nada difícil. Entonces, a ella le resulta fácil seguir las indicaciones si son cercanas a sus modos de vida y se resiste a ellas si resultan ajenas a sus hábitos y consumos cotidianos y referentes culturales. El hecho es que mientras el gobierno biomédico se presenta como un imperativo, que resulta ajeno a la experiencia, modos de vida, subjetividad, condicionantes económicas, sociales y culturales resulta absurdo y se ve limitado en su aplicación en el entorno doméstico.

Aurora, una psicóloga que actualmente se encuentra adscrita a una unidad de atención a pacientes diabéticos en el Estado de México, cuenta su propia experiencia de falta de adherencia a las restricciones alimenticias y del control del padecimiento hasta que los síntomas se agravaron y aparecieron complicaciones relacionadas con la enfermedad a través de la historia de su padre. En su narración se puede ver la influencia que tiene la familia en el consumo de alimentos que han sido restringidos. Su padre fue diagnosticado como diabético hace 15 años. Ella antes de trabajar en la clínica, recibir capacitación y tener relación diaria con personas con el padecimiento, así como su padre, decidieron no “enfocarse” en la enfermedad porque si lo hacían “su padre enfermaría más”. Entonces prefirieron negar la DM2 y evitaron comprar un glucómetro y asistir al médico. Aurora dice que, luego de muchos años en descontrol y con una progresión asintomática, su padre ya presenta complicaciones de la vista. Ella cuenta que:

Te pones a reflexionar, como familiar del paciente diabético, “¿yo qué he hecho?”. Yo, en su cumpleaños, pastelote; los fines de semana, “échate un taco de carnitas”, “la Coca”. “¿Cómo no vas a comer? No te pasa nada”. Mi hermano, por cuestiones de trabajo se fue a vivir a Oaxaca, y llega a la casa con una caja de pan y chocolate. Y bueno, esa es la alimentación materna de mis padres y les das eso y son felices. Justamente como familiar tienes tu granito en no estar informado en qué consiste el padecimiento. Yo cuando llego a estas unidades me sorprende.

Asimismo, ella reconoce que:



No, yo creo que es poco [el apoyo de la familia]. Yo te puedo hablar de que pocos pacientes vienen aquí con sus familiares: con sus esposos o con sus hijos. Son pocos los hijos interesados en la salud del paciente. Hay casos en los que no... ves a los ancianos que vienen solitos; a las esposas que vienen sola y te refieren que el otro les dice, "pues sí, eres diabética, pero te traje un pastel. Yo quiero seguir comiendo la comida que a mí me gusta. No voy a comer lo que tú comes". Entonces, hay personas que sí cuentan con el apoyo familiar, pero eso depende de la historia familiar de cada uno, pero eso depende de qué hay detrás de ese apoyo o no apoyo. En cada caso es muy particular.

Cabe decir que las personas con el padecimiento sufren por la restricción que ordena el médico. La restricción es significada como una situación injusta en la que les ha sido "quitado" algo que es de vital importancia; lo viven como un hurto y como un vaciamiento de sentido de su mundo; asimismo, experimentan el vacío y la ansiedad que genera la restricción no sólo por la pérdida del sentido, sino por el placer que ha sido impedido y por el cambio en su cotidianidad que esto implica. El imperativo no se ajusta a sus modos de vida en cuanto a sus condiciones culturales, sociales, económicas, familiares y subjetivas. La orden no sólo conduce los comportamientos y conductas de los sujetos, también clausura los modos de vida, como una forma de vida acendrada, que le daba sentido a su cotidianidad y que organizaba cognitivamente al sujeto; clausura ciertos modos de socialización que hacen factible la convivencia y la vida en común; y finalmente es indolente a esa parte de su identidad y pertenencia a un grupo social. La sinrazón de la orden es su alejamiento del sentido de la vida, de los saberes, de las costumbres y de la identidad de los sujetos. La orden, por medio de la restricción, es vivida como un arrebatamiento del orden de lo cotidiano y existencial en lo más común y cotidiano; lo que significa un cambio radical y profundo en sus vidas a la que están dispuestos a ajustarse únicamente en el momento en que se exagera el síntoma y se consideran enfermos; así como cuando coincide con sus modos de vida y hábitos de consumo.

## Tácticas de des-obediencia

Las personas con el padecimiento desarrollan distintas tácticas que les permiten adecuar el mandato del autocuidado a sus modos de vida. Cabe decir que las tácticas son formas de hacer cotidianas a través de las cuales las personas se reapropian de las tecnologías de gobierno. Es así que estas personas buscan labrar formas de vida, basadas en sus propias condiciones culturales, económicas, sociales y subjetivas con los mandatos que les impone el dispositivo biomédico. Entonces, emerge una forma de vida que no es la impuesta por la biomedicina, pero tampoco corresponde al modo de vida que tenían las personas antes de vivir con el padecimiento. Su encuentro ocasiona una condición de indeterminación entre ambas. La persona con el padecimiento no es ni simplemente un paciente ni tampoco un nihilista respecto al mandato médico. Llevará ahora su vida, en todo caso, de acuerdo con el resultado de la indeterminación entre ambas y por ello no es que haya un paciente, sino que hay una *persona con el padecimiento* que tiene que vérselas con esta condición y con los mandatos emitidos por el dispositivo biomédico. Es algo así como lo que expresa Josefina: “Soy muy complicada yo porque no hago las cosas como son. O sea que yo hago lo que quiero, no lo que me ordenan. Entonces yo soy la complicada”.

Sin embargo, estas tácticas pueden ser entendidas como *des-obediencia* pues en realidad no entran en pugna con el gobierno o el orden sensible del dispositivo biomédico como si no se quisiera aceptar más; tampoco se produce contra el mando del médico que antes se había aceptado y que se seguirá aceptando, sino que a partir de un momento aquello que se considera absurdo (por la ajenidad a los modos y condiciones de vida) no se acepta más. Es decir, aún se reconoce la base de mando, la distribución de las partes y la tecnología de gobierno, pero se ha dejado de obedecer por distintas razones a una orden concreta o quizás a *un* médico o miembro de los profesionales sanitarios en específico; pero no es una resistencia o práctica disensual frente al dispositivo biomédico. Así se puede entender que Josefina diga que a la vez desobedeciendo no deja de obedecer el mandato: “Sí, sí, como que sí les hago caso; pero no les hago caso”

## *Rechazo*

Una de las más comunes tácticas es el rechazo a cierta orden en particular. Las razones pueden ser varias e incluyen, por ejemplo, el abandono del medicamento prescrito debido a efectos secundarios percibidos; o, también, la más común entre los entrevistados que es el rechazo a las restricciones alimenticias y la imposición de dietas que son ajenas a los hábitos alimenticios de las personas. En tercer lugar, de importancia aparece el rechazo a la actividad física que es considerada en general como una actividad recreativa. Finalmente, en menor medida, se rechazan algunos procedimientos terapéuticos por considerarse invasivos, absurdos o lesivos.

En el caso de los medicamentos, por ejemplo, Altagracia, quien ha sufrido de los efectos secundarios de los medicamentos prescritos para su circulación sanguínea y dice que le “hacen daño”, porque -refiere- le causan taquicardias, ha pedido al médico que le cambie de fármaco, pero éste se ha mantenido indiferente a la demanda por lo que esta mujer ha decidido dejar de usar el medicamento. Altagracia cuenta que: “Me dio también una [medicina] para la circulación. Entonces yo le dije que no me diera ese medicamento y hasta la fecha lo tengo ahí amontonado; y no lo uso porque me hace daño, me produce taquicardia. No recuerdo el nombre del medicamento”.

A pesar de que, como ya se ha visto, existe una valoración técnica, también en el imaginario de las personas con el padecimiento el medicamento ha sido significado como “dañino”, pues al ser un producto que no es natural y por su uso continuo y permanente se considera que puede llegar a tener efectos iatrogénicos. A Ernestina, que no le gusta tomar medicinas y que, en todo caso, si debe hacerlo, prefiere las inyecciones a tragarlas, no le gusta tomar mucho medicamento porque -como dice- “muchas medicinas hacen más daño”. Ella cuenta que no ha sufrido ningún efecto adverso, pero a través de un rumor cuenta que: “un señor dice que de tanta medicina que le dieron para la azúcar ahora está mal del riñón y ahora lo están dializando”.

Además de esta significación iatrogénica del medicamento, estas personas se resisten a su uso porque consideran que los fármacos no funcionan o han perdido su eficacia, pues no encuentran curación en su uso. Entonces, Josefina, a pesar de que debe administrarse tres veces por semana la “vacuna” ha decidido no asistir a su clínica los miércoles y, en cambio, prefiere asistir a la Escuelita donde realiza diferentes actividades recreativas y se encuentra con otras personas mayores. Ella considera que la medicina debería curarla, pero, a pesar del dolor que padece con los “piquetes”, ella se siente “igual” por tanto le parece absurdo el uso constante y se pregunta, “¿Qué chiste tiene la medicina? No me está haciendo bien”.

### *Confrontación*

La resistencia puede venir acompañada de otra táctica que es la confrontación con el médico en la que abiertamente, aunque sean considerados como pacientes insubordinados, las personas con el padecimiento demuestran su inconformidad con el mandato médico y se resisten a seguirlo. Por ejemplo, Altagracia cuenta que en una ocasión que asistió a consulta médica quería, junto a otras personas, linchar al facultativo y, con ellos, se “amontonó” en la puerta del consultorio “porque –como ella cuenta- un día nos mandó a un lugar donde dan una lista para que baje de peso y eso”. La gente cuestionaba al médico y preguntaban: “¿por qué vamos a ir si no venimos a bajar de peso?” El médico les respondió “Pero miren cómo están”.

Altagracia al considerar que el tratamiento no farmacológico, específicamente la dieta, no tiene sentido para atender su condición y contraviene a sus modos de vida confrontó al médico al grado que el director de la Clínica fue quien debió conciliar con las personas.

### *Búsqueda de alternativas, adaptaciones y abandono de la atención*

Sin embargo, la confrontación y cuestionamiento al médico no son las principales tácticas de des-obediencia, pues como se ha mencionado esto implica una interrupción en los roles y funciones; por tanto, se pueden encontrar otras tácticas

como la búsqueda de alternativas y el abandono de la atención. En el primer caso, las personas con el padecimiento frente a un diagnóstico, tratamiento y pronóstico que consideran equivocados, trágicos o lesivos prefieren buscar con otros médicos o curadores de otros sistemas de atención alternativas que les permitan dar un sentido diferente y esperanzador a su padecimiento y su tratamiento. Por ejemplo, Ernestina, quien, como se ha visto, supone que los fármacos pueden tener efectos iatrogénicos y no le gusta tragarlos, ha buscado atención con un médico privado y afirma: “A ese otro médico lo fui a buscar porque lo escuché en el radio. Es un médico especialista en diabetes. Su trato me ha dado confianza. El doctor anterior me mandaba mucha medicina y a mí no me gusta tomar mucha medicina”. El mismo caso ocurre con la dieta, pues la búsqueda del médico particular le ha permitido elaborar una negociación en la que adecuó las cantidades de consumo de sus alimentos habituales y es así que le ha resultado más fácil seguir el tratamiento no farmacológico: “Ese médico me dio unas hojas y me dijo, “se va a comer sólo dos tortillas y un pan tostado, café con leche (porque ese sí no lo dejo); al medio día igual una o dos tortillas; y en la noche igual, se puede comer una tortilla o un pan”. Esa es mi dieta. No, luego me dijo, “el domingo puede comer de todo poquito, lo que guste”. Pero sí, nomás me como poquito”.

En lo que se refiere al abandono se ha podido observar que se debe a que el tratamiento es considerado por la persona con el padecimiento como lesivo y doloroso; pero, también a las condicionantes económicas, de distancia, tiempo, carencia de redes familiares y medios de transporte, de accesibilidad a la atención médica y medicamentos, y la pérdida de la esperanza de lograr la recuperación.

Josefina se ha resistido y abandonado procedimientos quirúrgicos al considerarlos absurdos y lesivos. Ella cuenta que: “Lo mismo cuando me vieron de mis ojos, porque este ojo lo tengo malo. Fui al Seguro y ahí también me decepcionaron porque como tengo un desprendimiento de retina mi ojo ya no me sirve. Entonces, me dijeron que tenían que sacármelo. Sentí muy feo cuando me lo dijo. Sabe qué -pero así el doctor me lo dijo- su ojo no le sirve para nada. Tiene que ir a la Raza para inscribirse para que le donen uno porque hay que sacarle ese ojo.

Ese ojo ya no le sirve para nada, que se lo saquen. Ah, que le digo, “¡qué me lo saquen nada! A mí que me lo dejen de adorno, pero no me lo voy a sacar”. “Pero está usted viendo”. No le hace –le digo-, pero no me lo saco. Yo salí llorando. Estaba mi esposo afuera, esperando, y me dijo “¿qué tienes?”. Ya le comenté, dice, “bueno, ya ni modo”. Pero así tan fácil se les hace, “córtenle la mano al fin que está mala y ya”. Yo creo que deben hacer algo para poder. Y sí, yo sé que mi ojo ya no me sirve porque, inclusive, me llevaron con otros doctores particulares, me llevaron al Conde de Valencia, a Arista, al de la Luz y pues no, mi ojo ya no sirve”.

A Guadalupe, luego de haber perdido la movilidad en ambas piernas, le ordenaron asistir a rehabilitación, pero su esposo, derivado de complicaciones de la DM2, perdió la vista y no pudo transportarla más al Hospital donde recibía la atención. Ella cuenta que: “Me dieron medicina, todavía la estoy tomando. Luego mi esposo me puso mis barras. Y ya estuvimos yendo con un médico también en el General de rehabilitación, pero mi esposo se empezó a enfermar de sus ojitos y ya no pudimos ir. Además de que yo vi que era inútil porque no había resultado, como yo no podía caminar. Entonces dije, que ahí me ponga mis barras; y ya hago lo que pueda hacer. Y es lo que hago. Y luego ya me fastidié, le digo a mi esposo “no mejor ya no voy”. O sea que ya estaba... estoy resignada que ya, aunque sea así que ande yo aquí en la silla y todo, pero ya caminar pues no porque ya tantos años, pues fíjese ya van a ser 15 años”.

Procopio, el esposo de Guadalupe, junto con sus hijos hicieron adaptaciones en el baño para que esta mujer pudiera ducharse. Otras de las adaptaciones que realizaron fue la instalación, luego de observar unas parecidas en los hospitales donde asistía, de unas barras para que Guadalupe, a quien se le dificultaba trasladarse a la rehabilitación, pudiera realizar ejercicios dentro de su espacio doméstico; además, uno de sus hijos compró una bicicleta fija a la cual le adaptaron algunas telas para que apoyara los pies y con sus brazos mover los pedales. También le compraron otras herramientas para estimular los músculos de las piernas y evitar calambres; además, ella misma se realizaba masajes. Guadalupe cuenta que: “lo que pasa es que ahí sí ya a mi esposo ya le dolían mucho los ojos

y todo. Y pues es difícil para lo de la rehabilitación; como está muy lejos todo. Y luego mi esposo ideó, porque allá en el hospital hay barras de éstas; y luego me compraron mis tubos, esos aparatos para caminar y ahí me paro y hago media hora, para no tullirme de a tiro. Sí, mi esposo la construyó. Allá en el hospital General me ponían en una barra, pero hay mucha gente que va y pues no, no, no se podía mucho mover ahí; entonces, dice mi esposo, “pues ya mejor te voy a poner la barra”. Y me subían en una bicicleta también. Y sí ahí iba poco a poco, pero muy lento. Y mi esposo, pues yo le tengo consideración porque pues como veía que le dolían sus ojitos”.

### *Negociación*

Finalmente, la táctica más importante que se presenta es la de la negociación con la orden médica. La negociación es parecida a la moderación de tipo platónica que supone que las “diversiones” sólo son perjudiciales cuando llevan al exceso. Esta se expresa perfectamente en la siguiente afirmación que resulta recurrente en las entrevistas: “Ahora sí que yo digo que poquito no hace mal, pero ya tomar de más...” Esta táctica, por medio de la modificación de la orden –tanto en cantidades de consumo de alimentos y medicamentos, como de modificación y permuta de fármacos y alimentos, horarios, etc.- buscan poder hacer coincidir las restricciones y prescripciones de acuerdo con sus modos de vida, identificación de la gravedad del padecimiento, recurrencia del síntoma y necesidades. Es así que se pretende solucionar el conflicto con la forma de vida impuesta y, supuestamente, evitar las complicaciones de la enfermedad.

Josefina cuenta que ella no sigue los mandatos por “el simple hecho de que digo, por ejemplo, con sus dietitas me quitaron todito, todito. Ahí dije, “no voy a hacer dieta. Voy a comer poquito de todo, pero no voy a abusar. No voy a hacer la dieta que ellos me ponen”. Me van a matar de hambre. De por sí ya estoy anémica y luego con esa comida peor voy a quedar. Mejor comemos de todo. Poquito, pero comemos de todo. Por eso me resisto a veces”.

Altagracia, a quien le han prohibido el consumo de la Coca Cola y el café, por ejemplo, ha reducido el consumo de la primera a “un vasito diario”; mientras que, en el caso del café, dice “no tomo café todo el día, yo nomás tomo en la mañana. Ya estoy contenta”. Mientras que en el consumo de algunos alimentos que le han sido restringidos ha reducido la periodicidad de consumo: “Sí, porque me mandan al dietista en el IMSS, pero a veces controlan a tal grado... y yo he llegado con mucha hambre y me como un plato de caldo. No me lo voy a comer todos los días, me lo comí porque tenía mucha hambre”.

En el caso del fármaco para el dolor de rodilla, Altagracia considera que tiene efectos tales como secarle la boca y dejarle un gusto amargo. Por tal razón, ella la usa: “solamente que de a tiro no pueda caminar me la llevo a tomar, pero de vez en cuando. Le he pedido al médico que ya no me la recete porque me hace daño. Pero ni en cuenta, la vuelve a poner ahí. Me la tomo de vez en cuando, cuando me duele la rodilla. Si me la tomo de a diario me siento mal. Me hace feo”.

En el caso de Chela, quien disfruta de consumir pan, pero le ha sido proscrito por la DM2, ha dejado de consumir bizcochos y, en cambio, ha comenzado a comer bolillo, que es un pan elaborado con harina de trigo y que no es considerado dulce. Ella misma cuenta: “Yo me como un bolillo porque estoy mal de la azúcar, pero sí me como un bolillo y ese no engorda mucho, engorda más el dulce”. En el caso del refresco únicamente ha cambiado la periodicidad de consumo, pues actualmente no lo consume diario sino “de vez en cuando”.

El caso de Ernestina es similar, pues ha cambiado el uso del azúcar para endulzar su café con leche por *Splenda* o sucralosa, que es un endulzante artificial. Esta mujer considera que no es azúcar ni contiene calorías, así como porque sus familiares, quienes también padecen diabetes, la consumen: “Bueno, ahora sí que me gusta hervir la leche, las servimos en las tazas y yo le pongo Splenda. Sí, yo toda la vida estoy tomando eso. Yo la tomo porque mis cuñadas que tenían diabetes la tomaban y por eso compré mi Splenda y ya de ahí nunca me sirvo de la azúcar refinada. Me tomo una sola bolsita”. En el caso del refresco de Cola, ella la consume



en reuniones familiares. Ella, junto con sus familiares, considera que al reducir la cantidad se evitan los efectos adversos de consumir estos productos: “Y la Coca esa sí, todos se sirven la Coca y me dicen, “¿No quieres tantita? Es poquito no pasa nada”. Y me tomo un vaso así chiquito. No siento nada luego de que me tomo la Coca”.

### **Resistencia al absurdo biopolítico**

En este apartado, se muestra a través de las narraciones de los entrevistados, tanto médicos como personas con el padecimiento, que la vida que la biomedicina tiene como mandato potenciar y proteger es la *nuda vida*, incluso a costa de la vida como potencia, lo que supone el absurdo biopolítico.

### **El mandato absurdo**

Viesca (2017), al retomar los aportes de Robert Veatch, señala que, desde sus orígenes en el juramento hipocrático, y con el paso del tiempo, el médico se ha comprometido a obedecer el imperativo de utilizar su “poder” para ayudar a los enfermos y no dañarlos; y, por otro lado, se plantea la sacralidad de la vida, por lo que se establece como la tarea principal de la medicina preservarla y luchar contra aquello que la amenace. Pero, como se ha podido observar, esta labor de proteger la vida ha caído en un uso “salvífico” donde los médicos han asumido el papel de “salvadores” de la vida. Dicho imperativo salvífico se observa claramente en las siguientes aseveraciones de Edith: “[...]es muy chistoso en esto de #YoSoy17<sup>86</sup> de ‘no soy Dios ni soy un criminal’, pero en mucho se constituye como ‘yo vine a salvar, porque si no fuera por mí estarías perdido’. Mientras que otro de los médicos, un geriatra, con amplia experiencia clínica y en investigación, afirmaba, en tono irónico, que: “los médicos estamos entrenados para salvar vidas, somos médicos. Salvo vidas. Yo salvo vidas”.

---

<sup>86</sup> El movimiento #YoSoy17, conformado principalmente por médicos, surgió en México en el año 2014, luego de que 16 profesionales de la salud adscritos al IMSS, en Jalisco, fueran puestos ante autoridades judiciales a efecto de una orden de detención por homicidio culposo derivado de la supuesta negligencia médica por la muerte de una persona de 15 años en enero de 2010.

Esto mismo afirmaba Edith:

[...] ahorita, cada vez, vamos a tener que incluir en la formación elementos que... sí, el objeto puede ser la enfermedad y puede ser prolongar la vida, pero el objetivo como práctica social no es eso. El objetivo como práctica social es resolver una necesidad. Que lo ideal sería que fuera mutua. Y resolver la necesidad no siempre pasa por prolongar la vida o por prolongar la enfermedad, sino aprender a vivirla, a vivir la muerte, la enfermedad. Por supuesto que cuando se puede contener la enfermedad, ¿por qué no hacerlo? Falta en la formación la reflexión de por qué queremos ser médicos o por qué la sociedad quiere un saber tan especializado, tan vasto, si no puede resolver las cuestiones elementales de la enfermedad, de vivir.

Cabe precisar que el gobierno de la vida en las sociedades biopolitizadas y que a los médicos se les ha encomendado “salvar”, no se refiere a cualquier tipo de vida sino a una que biopolíticamente se ha fijado en el umbral de la vida biológica, en la que el individuo y la especie se reducen a un cuerpo viviente vaciado de su capacidad política y potencia. Una de las mayores consecuencias de la inscripción de la vida a la biopolítica, según la cual la nuda vida es incluida por exclusión en la vida política de Occidente, es que, de acuerdo con Agamben (1998), la vida del hombre fue reducida a una *nuda vida* (vida desnuda) que es resultado de una zona de indeterminación entre la vida biológica común a todas las especies y una forma de vida cualificada y política que corresponde a los seres humanos.

Pero, ¿cómo se convierte este deber de los médicos de “salvar vidas”, en una “perfecta obediencia absurda”? Foucault cuando hablaba del mandato emitido desde el poder soberano afirmaba que: “La perfección de la obediencia consiste en obedecer una orden, no porque es razonable o implica la realización de una tarea importante, sino, al contrario, porque es absurda (Foucault, 2006b, 209). Mientras que para Kierkegaard (2015), el absurdo, con base en el mandato que Dios hizo a Abraham de inmolar a Isaac, su hijo, se describe como una creencia por fe, en la que se abandona la razón, no caben las humanas conjeturas y en la que no se trata de entender a Dios; sólo se obedece su mandato. Es así que podemos decir que el mandato absurdo ocurre cuando la capacidad fundamentalmente humana de

*pensar*, en la que se puede emitir un juicio y reflexionar sobre sí mismo y lo que acontece, es clausurada por el deber de seguir un imperativo. Quien obedece de esta manera, es incapaz de observar su responsabilidad e incluso peor cometer actos atroces de manera banal; habría que recordar el trabajo de Segato donde ha encontrado que el mandato masculino se encuentra detrás de las violencias cometidas por los hombres contra las mujeres (Segato, 2018; 2003).

Diana, una de las médicas, cuestionaba el empeño salvífico, es decir el deber de “salvar vidas”, pues ella, durante su estancia en una institución de cuidados prolongados a personas mayores, se preguntaba: “nosotros tenemos que salvar la vida, ¿pero a costa de qué?, ¿a costa de qué vas a salvar la vida?”. Esta misma facultativa contaba que en la institución donde ella era la jefa del área médica había muchos pacientes muy “deteriorados” y que parecían “vegetales”, pues sólo abrían los ojos, comían, se encontraban postrados o en sillas de ruedas y emitían palabras sin poder comunicarse. En muchos casos, los ancianos no contaban con familiares por lo que cuando empeoraba su estado de salud el personal directivo de la institución debía tomar las decisiones.

Diana sabía que llevar a los ancianos al hospital en muchos casos resultaría en sufrimientos innecesarios y en aislamiento, por lo que a ella le parecía absurdo trasladar a los residentes en ciertas condiciones al hospital, pues decía “va a fallecer de todos modos teniéndolo en casa hogar. Pero va a fallecer, si lo tenemos aquí, en su casa, en su cama, en su ambiente, con la gente que de verdad lo quería o lo apreciaba”.

Este es el caso de un hombre de 93 años residente del asilo que padecía demencia y que durante tres años había estado postrado en una silla de ruedas, pero cuando comenzó a quejarse de un fuerte dolor fue trasladado a un hospital para que le hicieran una placa. Los médicos del nosocomio al ver los resultados de la radiografía se dieron cuenta que el anciano sufría de una fractura de cadera por lo que decidieron retenerle para realizarle una cirugía. Diana se preguntaba, “¿para qué lo vas a someter a un proceso quirúrgico que va a ser doloroso, lo va afectar a

él y no va a recuperar su funcionalidad?”. A esta médica le pareció absurdo el procedimiento que realizarían en el hospital y por ello rechazó la intervención quirúrgica; fue entonces que habló con los médicos en el hospital para explicarles la situación -como ella cuenta-, pues “no me lo querían dar” y la única manera de entregarlo era un proceso de alta voluntaria.

Este anciano, al volver a la casa hogar, luego de tres meses comenzó a presentar vómitos derivados de la cirrosis ocasionada por el alcoholismo que enfrentó durante su vida. Diana se preguntó acerca de qué debía hacer, pues sabía que al llevarlo al hospital nuevamente le pondrían una sonda para administrarle suero y los médicos ahí “no harían nada más”. Ella además sabía que el hombre enfrentaría sufrimientos que le parecían un sinsentido e innecesarios, pues comentaba que: “se va a escorar allá. Prefiero no llevarlo porque aparte el señor no tenía familiares; entonces dije, ‘no lo llevo, que se quede aquí’. Controlé el sangrado, le puse suero, le estuvimos aspirando, dándole posición. Obvio, el señor iba a morir porque se iba a morir. Pero es esa parte que te pega porque al pasar los días ves el deterioro del adulto mayor y te preguntas, ‘Dios, ¿hice lo correcto? ¿Debí haberlo enviado?’ Llega ese conflicto personal. Al final de cuentas falleció, pero falleció ahí en casa hogar, pero falleció conmigo, con la enfermera; estando presentes nosotros”.

Otros de los casos que relata es el de un hombre de 94 años que presentaba una demencia avanzada y que comenzó a manifestar un estado de gravedad por apneas recurrentes de cerca de un minuto. Fue así que decidió llamar a la familia para informar de la situación. Los familiares cuando llegaron y se encontraron con el anciano que dejaba de respirar, decidieron trasladarlo al hospital; aun cuando Diana le advirtió a la hija de este hombre, que en el hospital “no le harían nada” y que si lo llevaba era mejor que se despidiera, pues una vez ahí no le dejarían acompañarle.

Al anciano, en el hospital, lo conectaron a un ventilador para que pudiera respirar artificialmente, pero después de cuatro días falleció presentando escaras y-

como dice Diana- “en peores condiciones, [pues] la hija no podía estar con su papá porque estaba en terapia intensiva; y ningún día los familiares fueron a rolar a la señora”. Fue entonces que la hija aceptó, un tiempo después, que no debió haber llevado a su padre al hospital.

Josefina dice que se “cansa mucho” debido -según le ha dicho el médico tratante- a la insuficiencia renal y a la diabetes. Ella comenta que “es el cansancio el que me vence y no tengo ganas de nada, ni de comer”. Cuando comienza a experimentar el cansancio ella le pide a Male, su hija, que no la lleve más al médico; pero su hija, angustiada por el estado en que se encuentra su madre, junto a sus hermanos deciden trasladarla al hospital a pesar de la renuencia de Josefina. Esta mujer, de manera similar a Diana, cuenta que se resiste a ir al hospital porque: “luego hay veces que no quiero ir porque es lo mismo: me van a poner el suero, me van a poner la insulina, es lo mismo siempre; mejor me lo tomo aquí”. A esta mujer le parece absurdo asistir a este lugar, pues dice que “no se compone” y ella misma, expresando el absurdo, se pregunta “¿por qué?, ¿de qué sirve la medicina? Me pican y me vuelven a picar y yo me siento igual. Hay veces en que sí me siento bien y me pongo hacer algo, pero al ratito caigo otra vez. ¿Qué chiste tiene la medicina? No me está haciendo bien, pero, pues, ahí la llevamos”.

Omar, otro médico entrevistado, también reconoce el absurdo cuando dice:

El problema ahora con la gente es que sí vive más, pero jodidos. Hay buenas investigaciones que te dicen las causas de la muerte, de qué están enfermos, cuáles son las discapacidades, pero si lo aplicas, ¿de qué sirve eso? El objetivo sería cambiar el verdadero problema: un poco más de prevención; pero, ¿la comunicación? En esa formación del médico parece que el objetivo es que vivas más a costa de lo que sea sin importar que pase por encima de tus propios valores.

El médico, entonces, sólo es un instrumento de la función que le trasciende, pero en la medida que es médico es un agente que cumple una función pública y por ello tiene el poder y la legitimación para actuar dictando los tratamientos requeridos

para la atención. Pero al cumplir su deber de “salvar la vida y luchar contra aquello que la amenace” puede, de manera irreflexiva, prolongar la vida y causar sufrimiento a las personas sin reconocer en esto su responsabilidad ética. Es así que, si como uno de los médicos señalaba, el imperativo que rige el deber médico es el de “mantener la vida a costa de lo que sea”, el sufrimiento que pueden causar los procedimientos para prolongar la vida se vuelve secundario o irrelevante. Esto es similar a la experiencia que la misma Simone De Beauvoir (1983) vivió en el caso de su anciana madre. Esta mujer, luego de que enfermó de cáncer en el estómago y al ser hospitalizada, sufrió una tortuosa agonía. Recuerda De Beauvoir que al encarar al doctor N, el médico tratante, por los procedimientos aplicados a su madre y cuestionarlo, el joven médico le devolvió una mirada fulminante y sin más, le respondió: “Hago lo que debo hacer”. Para este médico, el doctor N, -según cuenta De Beauvoir-, mantener la vida de su madre se reducía a un record más. Luego de otro procedimiento sin resultado esta escritora nuevamente cuestionó al doctor N y le imploró que no atormentara más a su madre. El médico le respondió, una vez más, con voz ultrajada: “No la atormento. Hago lo que debo” (De Beauvoir, 1983: 60) soslayando los deseos de la familia o de la propia enferma.

El deber médico así hace que los pacientes soporten todo lo que podían soportar; incluso lo que no habrían querido o debido soportar. Estos llegan a un *agotamiento*. Y este agotamiento -como dice Agamben - “ya no tiene nada de humano” (2005, 80). Este es el caso de Josefina que dice que ya está cansada de que le “piquen tanto el cuerpo” o cuando dice que ya quiere morir porque está agotada, pero ante la insistencia de sus familiares, especialmente de su hija, la cuidadora principal, asiste al médico en los estados de gravedad y ahí reconoce que los sufrimientos a los que se ve expuesta son absurdos.

Josefina, en una de las entrevistas, en un día martes, contaba que el viernes y sábado anteriores su presión arterial bajó a 100/50 mmHg. Ella cuenta que sentía que “ya se iba a ir”, es decir que fallecería. Presentaba mareos, dificultades para mantenerse en pie y debilidad en las piernas. Durante esos días permaneció en cama y con ayuda de sus hijos se alimentaba. Incluso con esos niveles de la presión

arterial y los síntomas de gravedad, ella se negó a ir al hospital, pues ella refiere que: “Ay no, nomás me ponen el puro suero. Es lo único que hacen, me ponen el suero”; pero su hija, entonces, le dice: “Y te hacen análisis, mamá”. Sin embargo, Josefina refiere que: “Bueno sí, pero, puros piquetes. Ya estoy cansada de los piquetes: piquetes en la mañana que me dieron y ahorita otra vez piquetes de la insulina, piquetes de... ¡Ay no! Le digo, “ya no quiero más piquetes”. Por eso no quise ir. ‘Ándale mamá, te llevo a urgencias’, ‘No, aquí déjame. Si algo me pasa, ya estaría de Dios, pero aquí déjame; ya no quiero salir a ningún lado’. Ni tenía fuerzas, ni me sentía con ánimos, ni nada. Luego va uno al Seguro y lo tienen a uno parado un buen rato y luego, yo con mis piernas que no las aguantaba, dije mejor me quedo aquí. Aquí Dios me va ayudar. Dios me va aliviar. Y sí, ya ahorita estoy mejor”.

Entonces Male, su hija, cuenta: “Ya hasta se estaba despidiendo de mí el sábado. Me dice, ‘ya déjame en paz, ya no me lleves al doctor. Ya estoy muy cansada, ya quiero terminar’. Le digo, ‘¿cómo crees mamá? Nosotros ponemos todo de nuestra parte para que tú estés bien. Tú también tienes que echarle ganas’. Dice, ‘ya no quiero seguir, ya hija, discúlpame si te hago sufrir con eso, pero ya estoy muy cansada’. Josefina responde que se encuentra muy cansada y especifica que su cuerpo está muy cansado. Ella dice que “se aguanta”, es decir soporta el cansancio y el dolor por “darle ánimos” a su hija, pues le preocupa. Ella dice estar muy cansada incluso de la vida, por lo que ya no tienen ninguna ilusión. Esta mujer considera que con la progresión de su padecimiento ya no podrá servir, siquiera, de compañía a su hija; sólo será un estorbo y, entonces, se pregunta “¿para qué, para qué sirve uno así?”. Josefina le dice a Male: “Es duro, no creas, hija. No creas que no es difícil. Para mí es difícil porque ya que me duele esto, ya que me duele lo otro”.

Luego, con cierta resignación, dice: “Así es la cosa. Cada vez siento... cada vez estoy peor porque cada día me siento más cansada, cada día me canso más de hacer las cosas. Antes hacía yo más cosas, lavaba mis trastes, me iba a la lavadora, metía y sacaba ropa. Sí me cansaba, pero no tanto como ahora. Nomás hago tantito y ya me empiezan a doler los huesos. Le digo a Male, ‘es que...’. Tan

sólo con que tenga la mano mucho así, al rato ya la recojo, ¡ay ya me duele todos mis huesos! *Pues ya, eso ya no es vida.* Con tanta dolencia siempre es desesperante. Claro que yo le doy gracias a Dios que me tiene con vida y él me ayuda para que aguante yo; pero, ¡ay, es difícil!”

Josefina sobrevive experimentando una constante situación de sufrimiento y cansancio corporal por lo que le parecen absurdos los tratamientos médicos y su constante acudir al Hospital en busca de atención en sus estados de gravedad para seguir adelante en una situación en la que ha elaborado una cesura entre la vida, como forma de vida, y una vida biológica que se puede extender a través de la intervención médica.

Entonces, los médicos que siguen “perfectamente” su deber al obedecer el mandato de “salvar la vida” sin reflexionar y pensar en el dolor y sufrimiento que pueden ocasionar los procedimientos terapéuticos; o que incluso los realizan de forma despótica y sin considerar la igualdad y capacidad de decisión de la persona anteponiendo su deber eliminan esa capacidad ética y de pensamiento. Ellos responden ante el poder, pero no ante el otro o ante sí mismos. Es así que parecería que cancelan la posibilidad de juzgar por sí mismos lo que “está bien” de lo que “está mal”. Demuestran la ausencia de la capacidad de *pensar*, que según Arendt (2002; 2007) es la capacidad humana de entablar un diálogo consigo mismo. Siguen su deber como un mandato “absurdo” y esto deja en claro que a pesar del conocimiento cualquiera podría ser arrastrado a cometer actos facinerosos, pues el conocimiento técnico y científico, incluso si son capacidades mentales, no tienen que ver precisamente con el pensamiento que es una *actividad* y no la simple aplicación o uso de estos conocimientos. De hecho, la misma Arendt, al reflexionar acerca de la *banalidad del mal*, en la que parece cancelada la capacidad de pensar, refiere que ésta no se encuentra sujeta al conocimiento y el uso de las capacidades intelectuales como instrumentos para conocer y hacer. Este conocimiento -de acuerdo a lo que propone Arendt- es instrumental, pues puede ser satisfecho cuando alcanzamos un fin propuesto. Al contrario -reconoce- la necesidad de pensar siempre se encuentra con dilemas nuevos, nunca se fija en una materia



específica y es la capacidad para distinguir entre lo “bueno” y lo “malo” con independencia del grado de erudición o ignorancia que se pudiera tener. Una de las características del pensar es que “interrumpe toda acción, toda actividad ordinaria, cualquiera que ésta sea” (Arendt 2007, 165) y estrechamente relacionado con esto, permite examinar y reflexionar acerca de todo lo que acontezca o llame la atención (Arendt 2002, 31).

Diana, ante su deber de “proteger la vida” no se centra únicamente en el empeño salvífico, sino que se pregunta por el sufrimiento del enfermo. Elabora una reflexión sobre su propio saber, por lo que puede dar cuenta del absurdo; en tanto que el doctor “N”, quien únicamente se rige y actúa de acuerdo a su deber, fijado en la materialidad orgánica del cuerpo, no logra entenderlo. Es así que Diana al hacerse consciente del absurdo del mandato y lo trágico de postergar la vida biológica a costa del dolor y el sufrimiento del paciente da cuenta de que “las verdades aplastantes desaparecen al ser reconocidas” (Camus 2012, 154).

### **El médico soberano**

Viesca (2017) reconoce que dentro del paternalismo médico depende del facultativo la definición del “beneficio” del paciente, pero habría que evidenciar que en este mandato que recibe el médico y el cual rige su labor quedan abiertas las cuestiones acerca de ¿quién y cómo decide preservar la vida? Es decir, ¿quién tiene el derecho a decidir acerca de la vida y el “beneficio” de los pacientes?, y si existe una diferenciación entre las vidas que se pueden “salvar” y las que no. El paternalismo médico no sólo es, como supondrían Cañedo, Guilhem y Brito (2013), una manera de entender el arte de curar a nivel del deber moral perfecto que requiere que el médico haga el bien a ultranza y actúe por el mejor interés del paciente de acuerdo al criterio profesional del facultativo, sin tomar en cuenta, para ello, las opiniones y deseos de éste, sus familiares o sus representantes legales. Sino que implica una relación más compleja en la que se pone en juego el gobierno y administración de la vida; y en la que se pone en evidencia que la biomedicina ha trascendido el ámbito sanitario a competencias políticas, administrativas y jurídicas

actuando como un saber soberano que tienen el poder de decidir sobre la vida y la muerte de los sujetos; y demarcar una distinción entre una “vida auténtica” –que hay que proteger- y una vida despojada de su valor político. En todo caso, el paternalismo médico deja ver la maquinaria biopolítica que crea las condiciones para que la persona con el padecimiento, identificada como un paciente, sea reducida a una *nuda vida* en la que el facultativo, como vicario del poder soberano, decide acerca de la vida y los procesos de atención.

Para Diana, la edad sí es un factor que puede condicionar los tratamientos. Aunque ella es crítica de esta situación y refiere que se debe al “viejismo”, es decir la discriminación y estigmatización por cuestiones de edad. A lo largo de las entrevistas hablaba de la necesidad de “empoderar” a los pacientes y saber qué era lo que ellos opinaban; y reconoce el absurdo del mandato de prolongar la vida biológica a costa del sufrimiento de la persona; refiere que el médico debe hacer un diagnóstico en que “en verdad se valore toda la situación”. Pero en este punto el “todo” se limita a un análisis de la “funcionalidad de la persona mayor”, es decir por medio de marcadores que miden la capacidad física para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; la “independencia”, que se refiere a la capacidad de realizar sus actividades sin ayuda externa; además, como uno de los puntos relevantes, señala la “productividad”. En el discurso de Diana además se puede ver que, sin considerar la opinión de la persona con el padecimiento, ni de su familia, el médico decide *independientemente* si es conveniente realizar ciertos procedimientos:

Sí, es común que por la edad les nieguen tratamientos; pero aquí vale la pena, si la persona que haga ese diagnóstico en verdad valore toda la situación: si es una persona mayor, que sabemos que antes del padecimiento tenía cierta funcionalidad, era independiente, era productivo, ¿por qué no darle la oportunidad de que se beneficie del tratamiento? Pero si sabemos que es un paciente que no es productivo, que es dependiente totalmente, que no tiene ninguna esperanza para mejorar su situación actual, ¿para qué lo sometemos? Tienes que valorar, si le va a favorecer adelante, si no mejor para qué lo sometes.

Al igual que la médica anterior otro de los médicos entrevistados reconoce que:

[...] sí es difícil que los viejos estén en la terapia intensiva porque pienso que existe [...] el pensamiento de que es un recurso que podría ser aprovechado por pacientes que tuvieran la oportunidad de seguir viviendo; tal vez a alguien un poco más joven, sin tantas enfermedades, sin tantas complicaciones lo meten en la terapia, a los adultos mayores no. Yo pienso que sí, los trasplantes, hablando en caso específico, yo no he visto ningún trasplante en adulto mayor. Me parece que sí, dentro del sistema de salud hay una noción de “ya no son tan importantes”.

A la pregunta expresa de ¿cómo deciden el tratamiento en el caso de los ancianos con enfermedades crónicas? Uno de los médicos respondió:

Hay muchos criterios, depende del órgano afectado. Y depende del tratamiento que ofrezcas porque hay tratamientos curativos, que sustituyen la función, y hay tratamientos que sustituyen al órgano. El curativo en la mayoría de los casos en los viejos ya no aplica porque son enfermedades crónicas que son incurables, irreversibles y avanzan. Incluso hay criterios que en general el enfermo no responde a los tratamientos, regresa seguido al hospital. Hay cambios en el funcionamiento que sí puedes medir que, además, son cambios agregados al proceso natural de envejecimiento (falta de respuesta) y datos subjetivos como el colapso del cuidador, el agotamiento o todos esos factores de la familia que, indirectamente, miden la salud del enfermo. Todos esos criterios cuando los conjuntas y estableces, dices, ‘bueno, ya no jala’. Entonces puedes decidir cambiar el tratamiento de control o sustitución a uno paliativo: nada más ver los síntomas y manejar los síntomas. Darle privilegio al confort, a la calidad de vida. En el caso del de próstata hay tratamientos que requieren de una energía corporal importante para que lo pueda resistir; pero cuando ya no son candidatos, precisamente porque hiciste toda la evaluación, ya no es tanto porque no estés en la edad, sino porque a lo mejor tu cuerpo ya no lo resistiría; entonces enfócate en darle calidad de vida. ¿Pero qué es calidad de vida? Depende de quién lo vea y quien lo estudie. Más bien preguntarle al enfermo, ¿qué quieres? Y ¿hasta dónde quieres?

Pero, como se ha visto en muchas ocasiones la opinión y deseos de las personas no es tomada en cuenta. Generalmente esto ha sido explicado como parte de una construcción sociocultural que sustenta la estigmatización del anciano, como señala una de las médicas entrevistadas cuando dice: “La edad no es una limitación para decirle que no es candidato [para algún tratamiento]. Es parte del *ageísmo*, del rechazo al adulto mayor, que no es candidato, que no sirve para nada, es un estereotipo negativo del adulto mayor”. Sin embargo, acá se entiende que esto demuestra una elaboración biopolítica, pues, por un lado, la vida de la persona mayor ha quedado encuadrada como la vida del *homo sacer*;<sup>87</sup> pero, por otra parte, también se pone en evidencia la integración de la biomedicina y la política. En todo esto es posible observar cómo la biomedicina se ha arrogado campos de intervención que antes sólo correspondían al derecho y se ha expandido a ámbitos que eran de estricta competencia política y administrativa. Con ello, el proceso de medicalización trasciende el ámbito sanitario en una ósmosis creciente entre lo biológico, lo jurídico y lo político; entonces es factible entender la biologización de la vida, con la que se enfrentan las personas mayores y que gobierna sus procesos de atención que se ha impuesto en las instituciones médicas, pero también más allá de sus muros. Por ello, Omar dirá que su definición de la vida es una excepción:

Puedo decirte que la vida es el valor más grande que tenemos y que puede interpretarse como el bien más grande, como lo invaluable. Es una gran fortuna. Es la suerte que entre millones de espermatozoides hayas llegado tú; pero la vida es movimiento; es capacidad de interactuar con lo demás; que hay cosas que valen la pena disfrutarse; que es un ciclo y que a lo mejor es tan grande. Pero es tan corta que hay autores orientales que dicen que es la preparación para algo más. *Mi definición no fue biologicista porque a pesar de que sea*

---

<sup>87</sup> Para Agamben, toda sociedad fija el límite para las vidas políticamente relevantes y decide cuáles son sus “hombres sagrados”; es decir, aquellos que pueden ser eliminados sin cometer homicidio. Según sus afirmaciones, la “vida digna de ser vivida” no es un concepto político referido a los legítimos deseos y expectativas del individuo; más bien es un concepto que manifiesta el poder soberano que decide sobre la vida eliminable e insacristable del *homo sacer*. Por tanto, soberano, en la biopolítica moderna, “es aquel que decide sobre el valor o disvalor de la vida en tanto que tal” (Agamben, 1998: 180) y decide el momento en que la vida deja de ser políticamente relevante.

*médico no creo que pueda decirte que la vida sea el funcionamiento de órganos o que se reduce a eso, es mucho más que eso.* Cuando entiendes qué es la vida, sabes que cuando alguien mayor va deteriorándose va saliendo de la vida. Está vivo, pero no entra en la vida porque, a lo mejor, porque no puede caminar o porque se está demenciando o porque tiene insuficiencia renal y si se dializa está aislado la mayor parte del tiempo. Sí, está vivo, pero por criterios biológicos; si englobas todo está vivo, pero no entra la vida. Y cuando... creo que el médico geriatra es quien está más en obligación de saber que la vida tiene límites, hay cosas en la biología que te indican cuando un cuerpo ha llegado a su máxima capacidad para responder a medicamentos o a tratamientos, si tú lo reconoces puedes favorecer que, de una forma responsable, legal y sobre todo con la comunicación no prolongues innecesariamente la vida.

Como Agamben (1998) postula, en la estructura biopolítica fundamental de la modernidad se ha dado paso a la decisión sobre el valor o sobre el disvalor de la vida como un concepto político en el que se expresa la condición de *homo sacer*, en la que se funda el poder soberano. Es así que se fijan umbrales que habitan en el cuerpo biológico y no en los deseos y expectativas de los individuos. Agamben (1998) refiere que, en la biopolítica moderna, hay una integración entre política y medicina en la que las decisiones soberanas sobre la nuda vida, y podemos señalar sus tratamientos biomédicos, entra en un terreno más ambiguo en el que el médico asume el papel de soberano; por ello Agamben es capaz de afirmar que “en el horizonte biopolítico que es característico de la modernidad, el médico y el científico se mueven en esa tierra de nadie en la que, en otro tiempo, sólo el soberano podía penetrar” (1998, 202). En este contexto el médico es el encargado, en el espacio sanitario, de decidir el valor de la vida como tal.

Pero se debe decir que la labor del médico ocurre, en su condición de funcionarios, dentro de la estructura biopolítica y a través de una serie de valores técnicos y normas que definen el valor o disvalor de la vida del paciente crónico. En este sentido cobran relevancia las afirmaciones de otro de los médicos entrevistados, quien reconoce que las condicionantes para la relevancia social de

mantener una vida o incluso para la investigación biomédica deberían ser el impacto y la relación costo-efectividad:

No puedes hablar, en realidad, de carga de la enfermedad aguda, aunque sí hay algunos cálculos de pérdida de tiempo-hombre por gripes y diarreas, etc. Nunca va a ser equivalente a la carga de las enfermedades crónicas. Hay que mantener la vida a costa de lo que sea. Ahí va otro punto interesante: no sólo el bien supremo es la vida, sino derivado de que el bien supremo sea la vida, o al revés, ¿es más importante un individuo que la sociedad en conjunto? Sin darnos cuenta que no somos individuos ni entes aislados, sino que vivimos en sociedad y, a veces, a la sociedad le conviene que te mueras. Esto lo digo porque desde el punto de vista médico -yo pienso- es mucho más costoso hacer investigación en moléculas estúpidas. Yo quiero que me digan cuál es el impacto, costo y efectividad de todo lo que han hecho con esas moléculas porque curiosamente todo lo que ves como un incremento de la pendiente de la supervivencia del hombre tienen que ver con hallazgos serendípicos, ni siquiera con la investigación sistemática; sino porque alguien tuvo la suerte un día.

Otros de los médicos, una hematóloga y un geriatra, mientras charlábamos hablaban del “encarnizamiento terapéutico” que, de acuerdo a sus palabras, “eso quiere decir que si tú vas hacer una maniobra y eso no cambia el curso de las cosas, entonces no la hagas porque es una maniobra fútil”. Lo sorprendente es que la decisión del tratamiento se basaba no en el sufrimiento que puede causar la intervención en el paciente o en la decisión de las personas, sino en la efectividad del tratamiento. Ellos, para explicar esta categoría, relataban el caso de una mujer que llegó al hospital por una fractura de piso de cráneo y a quien –según refieren- “no va a operarse ni se va a morir. Tiene nada de Glasgow cuando la intubaron”, pues la mujer presentaba en la Escala de Coma de Glasgow<sup>88</sup> alrededor de 5

---

<sup>88</sup> La Escala de Coma de Glasgow es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de consciencia de una persona. Esta Escala utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. Los puntajes más bajos son 3 y los puntajes más altos son 15 puntos (Generación Elsevier, 2017).

puntos. Por ello decían que esta mujer presentaba “probable muerte cerebral” y entonces consideraban como relevante el costo de la atención en el hospital, pues señalaban que: “Un día en el hospital intubado debe ser carísimo”.

De hecho, uno de los objetivos en las políticas enfocadas al control de las enfermedades crónicas es la de evitar las *muertes prematuras*, es decir que a través de la definición de un rango de edad se realiza la vigilancia y las acciones prioritarias orientadas a la prevención de estas enfermedades que generalmente se establece a los 70 años, como si posterior a este rango de edad tuviese menor relevancia la atención, prevención y control a las enfermedades no transmisibles.<sup>89</sup> Es más, la actual pandemia de la COVID-19 también ha develado que frente a esta crisis las personas mayores han sido expuestas a una condición diferencial de atención en la que a otros grupos de edad se les da mayor prioridad con el fin de potenciar la vida de los jóvenes, salvaguardar la viabilidad de los sistemas sanitarios y evitar los efectos negativos financieros que implica la atención de la población envejecida.

En nuestro país, por ejemplo, el Consejo de Salubridad General<sup>90</sup> presentó el 10 de abril de 2020 la primera versión de la *Guía Bioética de Asignación de*

---

<sup>89</sup>Esto se ha hecho claro en la carta que ha enviado Peter Lloyd-Sherlock (2015), profesor de política social y desarrollo internacional de la Universidad de East Anglia, publicada en *The Lancet*, una revista médica inglesa indexada, en la que hace fuertes críticas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que han reemplazado los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente en el punto referido al concepto de *mortalidad prematura*, pues según refieren los académicos firmantes de la carta, ésta ha sido definida como las muertes antes de los 70 años. En esta carta se advierte que una de las metas de estos Objetivos es reducir la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles por lo menos en una tercera parte para el año 2030. Sin embargo, la determinación de muerte prematura puede *socavar el principio del derecho universal a la salud*, pues es posible que las personas de 70 años y más dejen de importar o pasen a segundo plano de importancia. Para los firmantes de la carta este hecho envía una fuerte señal de que los años que se vivan más allá de cierta edad, los 60 o 70 años, importan menos que aquéllos de las personas más jóvenes e inevitablemente reforzaría la tendencia a la discriminación y estigmatización por edad que impregna muchos aspectos en la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Afirman, también, que existe evidencia de que en muchos países de bajos y medios ingresos, la inversión ha sido canalizada a los Objetivos del Desarrollo del Milenio que se centran en la salud materna y el VIH, lo que reduce los recursos a otras intervenciones. Como tal, cualquier Objetivo de Desarrollo Sostenible que se centra en prevenir la mortandad condicionada por una frontera cronológica podría drenar recursos a servicios relevantes para las personas mayores.

<sup>90</sup> Cabe decir que, desde la segunda versión, del día 13 de abril, se incluyó una “categoría clasificatoria” determinada por cinco cohortes (0-12, 12-40, 61-75 y 75 y más) aplicables en la decisión. Sin embargo, en la versión final, y luego del debate público y la revisión del proyecto que se generó acerca de este criterio, se señala que: “Las siguientes características *no deberán de ser tomadas en cuenta* durante la asignación de recursos escasos de medicina crítica: afiliación política, religión, ser cabeza de familia, valor social percibido,

*Recursos de Medicina Crítica* en la que frente a una emergencia de salud pública, si la capacidad existente de recursos de cuidados críticos, como por ejemplo de terapia intensiva, se veía sobrepasada o estaba a punto de ser sobrepasada, en este caso por la COVID-19, en la asignación de *recursos escasos* (es decir, cuando dos o más pacientes requieren de un recurso que se encuentra limitado) se daba prioridad a la población joven sobre los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas bajo el criterio de “vidas-por-completarse”. Este criterio es entendido como “aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos (i.e. infancia, adolescencia, edad adulta, vejez)” (Consejo de Salubridad General 2020, s/p) que es aplicable frente a dos o más individuos con pronosis similar, pero diferencia de edades por lo que se debía elegir a las que se encuentran en las etapas más tempranas.

Por supuesto que no deja de sorprender que en la tarea de proteger y preservar la vida los médicos se invistan como “salvadores”, es decir, como soberanos que pueden tomar la decisión de prolongar la vida, darla o al mismo tiempo quitarla, pues -como decían en una entrevista- “sin ellos estaríamos perdidos”. A la sazón nos preguntamos, ¿acaso, en una sociedad biopolitizada, es posible el planteamiento que elabora John Stuart Mills (2014) cuando refiere que el individuo es soberano sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y su propia mente? Quizás Butler podría responder así: “Aunque luchemos por los derechos sobre nuestros propios cuerpos, los cuerpos por los que luchamos nunca son lo suficientemente nuestros. El cuerpo tiene una dimensión invariablemente pública. Constituido en la esfera pública como un fenómeno social, mi cuerpo es y no es

---

nacionalidad o estatus migratorio, edad, género, origen étnico, orientación sexual, identidad de género, discapacidades y situación jurídica o socioeconómica. En particular, se debe cuidar que la limitación al derecho social a la salud durante una emergencia de salud pública no castigue más a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como personas privadas de la libertad, personas migrantes y minorías étnicas[...] Esta guía *no excluye* a ningún paciente que sería, en condiciones ordinarias, sujeto a recibir cuidados críticos. Esto quiere decir, en principio, que la edad cronológica o tener una discapacidad no son de por sí características que excluyan a pacientes de ser candidatos(as) a recibir cuidados críticos. Es un error que ha de evitarse a toda costa asumir que tener cierta edad o cualquier discapacidad es sinónimo de tener una calidad de vida inferior, un pronóstico desfavorable, o mala salud” (Consejo de Salubridad General 2020b, s/p).



mío” (Butler 2006, 52). Incluso se puede decir que no sólo el cuerpo, sino nuestras propias vidas o mejor dicho *vidas desnudas* tienen algo de público y se encuentran sujetas al poder político y sus decisiones.

Entonces no sorprende el caso de Adolfo, de 71 años, pensionado y derechohabiente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores de Estado (ISSSTE), pues cuenta que comenzó a sentir dolor en la ingle y los testículos por lo que asistió en busca de atención médica a su clínica familiar. Una vez ahí, el médico familiar, al considerar que podría tratarse de una afección en la próstata, lo derivó a los servicios ambulatorios del Hospital Regional Primero de Octubre, en donde el médico especialista nuevamente lo refirió al Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael para que le hicieran análisis clínicos de sangre, orina y de los riñones; y, posteriormente, pasados quince días, volvió al Hospital Primero de Octubre con los resultados de sus análisis clínicos. Nuevamente, en el Hospital, el médico especialista tratante no ofreció ningún diagnóstico, pero sí señaló que existía una intervención quirúrgica que podría mejorar la afección; sin embargo -según explica Adolfo-, también le dijo que ese procedimiento no se lo realizarían, pues sólo lo hacían a pacientes jóvenes. En las propias palabras de Adolfo:

El ISSSTE yo de plano ya ni le creo [...] pasé con el médico luego de hacerme los estudios, pero el médico más *déspota*.<sup>91</sup> Así muy cortante y dice, “que no, que no me operaba. Que eso nomás a los jóvenes; que ya a mi edad no; que esa operación se la hacemos a los más jóvenes, usted ya no va a tener familia. Vuelva a su clínica a que le den tratamiento”.

Al regresar con el médico familiar le dieron un tratamiento con base en medicamentos que Adolfo ha dejado de tomar, pues cuenta que le hacían sentirse peor; también dice que no hubo más seguimiento, por parte del especialista y tampoco del médico familiar, de su afección y que ahora se siente bien, pero que ha pensado que debería volver a hacer una cita con el médico familiar.

---

<sup>91</sup> El subrayado es nuestro.

## El absurdo biopolítico

Durante una de las sesiones en un seminario en el que una compañera exponía la experiencia de su anciano suegro y la comparaba con la de Adolfo, ella decía que no en todos los casos se les negaban los tratamientos a los ancianos. Posteriormente, al encontrarme el caso de Josefina, una mujer que al final de su vida rechazó los procedimientos de diálisis, que en momentos parecía una imposición del médico, me preguntaba, ¿por qué a algunas personas mayores sí les daban tratamientos y a otras no? Lo cierto es que entendí que esa no era la pregunta que debía realizar, pues pronto comprendí que la diferencia no se encontraba en las personas mayores, sino en el hecho de que el médico, como soberano vicario, en un sistema biopolitizado, decide el valor de las vidas y entre los tratamientos, procedimientos y las personas que los han de recibir. Omar afirmaba que:

La gente mayor es sabia y dice, 'esto no lo quiero'. Cuando llegan a Urgencias no les dicen 'tienes esto, te voy hacer esto'. Entonces ahí vienen otros problemas: si tomaras en cuenta los valores, entonces comprenderías cuando una persona jodida quiere dejar de vivir porque así te lo dicen; pero creo que el médico en realidad, y sobre todo que hay subespecialidades, no llegan al verdadero punto de saber que al paciente lo atiendes de forma completa y que tu obligación como médico, que eso ha cambiado culturalmente, pero originalmente, tu obligación era estar en las buenas y en la malas e incluso cuando te ibas a morir, pero ya no lo hacen.

Por tanto, no es únicamente la vida o el cuerpo lo que ha quedado politizado y en manos de la decisión soberana del médico; sino que la misma muerte ha sido politizada y ha quedado sujeta a las decisiones del soberano. Es así que "vida y muerte no son propiamente conceptos científicos, sino conceptos políticos, que en cuanto tales, sólo adquieren un significado preciso por medio de una decisión" (Agamben 1998, 208). Y esa decisión no corresponde al enfermo, ni a su familia; sino que casi queda en exclusiva propiedad del médico. Sin embargo, este recorrido nos lleva a plantear el *absurdo* biomédico, que resulta de la definición biopolítica

que reduce la vida a una vida desnuda, y que en la indeterminación entre *zoe* y *bios* el resultado es una pérdida de sentido en la *forma de vida* de los sujetos.

El absurdo emerge de la conservación o reducción de una vida y cuerpo meramente centrado en la dimensión biológica que ha sido instituido con la maquinaria biopolítica. Es en esta vida, en la que queda cancelada la potencia y, en consecuencia, el sentido de la vida en donde aparece el absurdo biopolítico. Es así que la maquinaria biopolítica permite el divorcio y confrontación entre la vida biológica y la vida cualificada en el paciente. Por ello encontramos a la vez esas vidas a las que se les separa de su contexto, lo humano y lo inhumano, en esos cuerpos a los que se les hace sobrevivir. El absurdo biopolítico consiste básicamente en que al mismo tiempo que potencia la “vida” suprime a la vida como *potencia*. Esto es resultado de una diferencia básica entre la nuda vida y la forma de vida. La vida de base biológica y la vida como potencia. La nuda vida que ha creado la maquinaria biopolítica y que domina el ejercicio biomédico ya no puede aportar sentido a la vida de los sujetos y, por lo contrario, se viven una serie de desatinos en la realidad. Es así que nos encontramos con un caso en el que se ha podido ver la resistencia a este absurdo.

Male cuenta que su madre se ha sentido deprimida desde que el médico le dijo que “ya no tenía remedio” y que la “diálisis estaba a la vuelta de la esquina”.<sup>92</sup> Josefina se ha negado a este procedimiento y afirma que prefiere un paro respiratorio o una neumonía -los riesgos que, según ella, le ha descrito la médica familiar- a que le estén “picoteando” el cuerpo. Incluso, la médica familiar, por los bajos niveles de presión arterial que presenta Josefina, le ha dicho que ella “ya debería estar internada”. Josefina reflexiva dice:

Pero, yo digo “no, ¿por qué me voy a dializar?, ¿porque ellos dicen?”. Yo asumo los riesgos. Dios me tiene que dar fuerzas para lo que venga. Entonces, yo me entristezco de ver a mi hija; que nos dijeron eso y ella lloraba mucho y todo. Le

---

<sup>92</sup> En otros capítulos se ha venido contando parte de la trayectoria de atención de Josefina. Se ha dicho que ella se resistió al procedimiento de diálisis (capítulo 5). Pero acá ampliamos este evento.

digo, “hija, el momento tiene que llegar. No me va a pasar ahorita, mañana o pasado. No sabemos cuándo. Va a llegar el momento en que me tengo que ir”. Pero, pobrecita, ella no se resigna. Le duele mucho porque somos las dos compañías, nos acompañamos. Pero también le digo, “mira hija, yo ya me siento muy cansada; ya mi cuerpo lo siento muy cansado”. Yo trato de darme ánimos. Quisiera poder sobresalir. Trato de ser lo mejor que pueda; pero hay veces que sí me doblo porque ya no puedo. Entonces, pues no hay más que hacer. Pero, pues ya... ayer me puse a pensar los dos riesgos y pues asumo el que yo quiero”.

Cuando le pregunto, “¿cómo fue que rechazó la diálisis?”. Ella responde que luego de ver a sus compañeros, que también asisten a la “vacuna”, a quienes les realizan diálisis ha observado que sólo presentaron mejoría por pocos días y pronto comenzaron con “achaques”. Josefina ha observado que sus “compañeros que se dializaban estaban peor” con este tratamiento. En otra ocasión me cuenta que el día de su cumpleaños la visitó un compañero de la vacuna. Ese fue el último día que lo vio. Ella lo había visitado en el hospital. “Aparentemente le habían hecho diálisis al señor -cuenta Josefina- aparentemente estaba bien”. Tanto ella como Male se habían sorprendido de la mejoría de este hombre, pero ellas cuentan que “de repente se vino abajo” y fue entonces que la hija debía trasladar a Carlitos al hospital cada tercer día. “Ya falleció – dice Josefina- tardó como un mes”. Cuenta que:

Ahorita ya se murió y es el que dializaron. Primero le pusieron la diálisis en el estómago; y luego la otra, la hemodiálisis aquí; luego se la iban a poner en la pierna. Digo, “para qué tanto sacrificio”. El señor siempre se sentía peor y peor. Mejor, si sé que me voy a sentir peor, no; porque no quiere que me estén haciendo nada sino porque yo quiero estar así; que no quiero que me picoteen ni nada.

También ha visto a otras personas, ella dice que alrededor de cuatro, que han recibido diálisis y que han fallecido. Cuenta que, a uno de sus compañeros, de un centro para adultos mayores al que asiste, luego de “ponerse mal” comenzaron a dializarlo y actualmente ya no quiere. Ella se pregunta, “¿para qué sirve eso?”.

Entonces, comienza a contar que también implica traslados al hospital, gastos y molestias. Pero, enfática dice, “Entonces, por eso tomé la decisión. A partir de ver que si me la pongo me voy a morir; si no me la pongo me voy a morir. Mejor no me la pongo, si de cualquier forma me voy a morir”. Me dice, “Mi decisión va a ser esa y ahí me voy a quedar”.

Male, toma la palabra y pone en cuestión el saber biomédico, aunque esto no significa que no siga el mandato; pero implica que es capaz de cuestionarlo. Ella compara esta situación a cuando les dieron el diagnóstico y pronóstico de la leucemia. En ese entonces, los médicos dijeron que a Josefina sólo le quedaban tres meses de vida; entonces, ella dice, “Ni fueron tres meses. Ya de eso, ¿cuántos años tiene? Seis años”. Al preguntarle qué piensa del pronóstico que le dieron los médicos, ella me responde, “Que también ellos se equivocan. Se pueden equivocar. Según ellos se creen muy sabios y no son tan sabios como creen; pero, pues uno ya nomás acata lo que ellos dicen para que... porque si ellos dicen eso, pues vamos a ver qué pasa”. Mientras tanto, Josefina dice: “Porque ellos también son mentirosos. Pues sí, por ejemplo, éste del... nefrólogo, “ya a la vuelta de la esquina está la diálisis”. Es mentiroso, sólo Dios sabe si ya es a la vuelta de la esquina o es hasta la otra cuadra. Yo, así es mi manera de pensar, por eso no les hago caso”.

Josefina, al narrar otro de los casos que ha observado de personas que han recibido diálisis, permite ver cómo emerge de manera más clara ese absurdo biopolítico, pues reconoce, por medio de la categoría “calidad de vida”, la cesura entre una forma de vida (una vida con potencia) y una vida desnuda que implica el dispositivo biomédico. Ella cuenta que:

Otra viejita también, Mari (quien falleció), tampoco quería que la dializaran. Pero sus hijos decían que sí que para que estuviera bien, que iba a durar más. ¿Cuál durar más? Igual se la pasaba la pobre señora en el Hospital y su casa, hospital y su casa. ¿Esa es calidad de vida? Entonces, prefiero esta calidad de vida. La calidad de vida que tengo aquí, aunque sea que me canso. Me acuesto un ratito y ya me vuelvo a parar; no estar en el hospital donde no le hacen ni caso a uno; ahí lo dejan a uno botado.

La madre de una conocida de esta familia también ha comenzado con los procedimientos de diálisis. Un día, al encontrarla en la calle, ella les contó que su madre había salido del Hospital, pero que nuevamente tuvo que ingresar. Que ella “cada rato entra y sale”. Josefina le comentó, en ese momento, que a ella también le prescribieron la diálisis. Cuenta esta mujer que su conocida le dijo, “Ni se deje porque nomás habría de ver a mi pobre madre. Que según para darles calidad de vida, ¿cuál calidad de vida? Dice, “esa no es calidad de vida: entrar y salir del hospital; y les pican por aquí y por allá, las piernas y el cuello. ¡Ay no! Pobre de mi madre”. Josefina concluye diciendo, “No, mejor no, mejor me aguanto”.

La médica familiar, con quien mantiene una relación de confianza, le ha insistido en la necesidad de ser ingresada al Hospital y que permanezca ahí. Pero Josefina lo rechaza debido a que intuye que será una vida desnuda a la cual la indiferencia médica le entregará a una penosa permanencia:

No, pues la médica familiar piensa que sí debería estar internada porque yo ya no debo de hacer nada. Pero yo le digo, “¿por qué voy a estar ahí acostada?, ¿que me allague <sup>93</sup>yo?”. Tengo un hijo que es bien canijo<sup>94</sup> y luego me dice, “No mamá y luego ya ves quién sabe qué doctores, pasan y ni caso te hacen. Te dejan nomás ahí. Sólo si te pones mala se arriman,<sup>95</sup> si no ni te toman en cuenta. Mejor te quedas en tu casa”. “Ah, pues eso ya lo decidí- le digo- No necesitas decírmelo, m’hijo, ya lo decidí. Me quedo en mi casa y no me voy a dializar”. “Está bien madre. Es tu decisión y no te vamos a obligar”. “Pues sí, es mi decisión, nomás aténganse a cómo me verán porque a veces me verán como ahorita, gracias a Dios, muy acá; a veces me verán muy decaída, pero aquí me van a ver”. Sí, soy bien valiente, ¿verdad?

---

<sup>93</sup> Refiere a las úlceras por presión.

<sup>94</sup> Mala persona, mal intencionado o astuto

<sup>95</sup> Acercarse.

Josefina recuerda cuando su madre falleció, luego de un coma diabético. Ella recuerda el sufrimiento que experimentó cuando veía a su madre rodeada de “aparatos”. Ella dice que su madre estaba “casi muerta en vida”. Entonces, cuando le propusieron ingresar al hospital ella cuenta que: “inmediatamente dije que no. “¿Acepta?”. “No, no acepto”. “Es que usted no sabe las consecuencias”. “Ni modo, me atengo yo a las consecuencias”. De que voy a estar peor, sé que voy a estar peor, pero voy a estar en mi casa”. Simone de Beauvoir, ya observaba esto en el caso de su anciana madre cuando internada en un hospital, reconocía que: “[...]ese cuerpo, reducido de pronto por esa renuncia a no ser sino un cuerpo, no era ya diferente de un despojo: pobre esqueleto sin defensa, palpado, manipulado por manos profesionales, en el que la vida parecía prolongarse sólo por una estúpida inercia” (1983, 22).

Josefina ha sido advertida que puede morir, pero ella aún rechaza la diálisis e ingresar al Hospital. Ella prefiere la vida con su familia y con sus actividades; ella prefiere mantener la vida como potencia a la vida que se potencia a través de la intervención técnica. Ella que ha asistido durante largos periodos de tiempo al médico y ha consumido grandes cantidades de medicamentos. Ella dice que: “Tenga tiempo o no, primero Dios, voy a seguir con mis fuerzas o todo mi empeño; voy a seguir. Voy a tomar todos mis medicamentos, todos los que me tomo; voy a tomar todos mis medicamentos, pero hasta ahí. El día que me digan otras cosas ya no las hago”. Incluso si su voluntad cede ante el mandato, ella rechaza el tratamiento cuando implica sufrimiento absurdo, cuando su vida es reducida a una vida desnuda.

Le pregunto a esta mujer, “¿qué ha pensado de toda esta experiencia?”. Ella me responde: “Sentirme más independiente, tomar mis decisiones yo misma. Sí, por todo eso que me ha pasado, de cada experiencia voy uniendo cachitos y me voy formando yo solita mi manera de ser y de pensar”. Josefina no ha mentido o se ha atrincherado en el pretexto; Josefina, al igual que el médico, ha mostrado su capacidad de decidir acerca de su propia vida. Josefina se ha mostrado en igualdad de facultades que el médico. Josefina se ha emancipado.

## Umbral

Podemos señalar que la orden, aunque se encuentra vigente en el espacio doméstico, su aplicación se encuentra en duda. Es decir, su aplicación no está contenida en el imperativo mismo. Entre la prescripción médica y su aplicación no hay un nexo interno que permita derivar inmediatamente la una de la otra. La persona con el padecimiento deberá vivir siguiendo un mandato y una nueva forma de vida que disciplina y divide el tiempo, los espacios, los alimentos, el uso de medicamentos, las actividades que inciden en cada detalle de la vida del sujeto. Las prescripciones y prohibiciones entran de este modo en una zona de indecidibilidad respecto a la vida de la persona con el padecimiento, pues configuran un esquema normativo que no se limita a una acción singular, sino que define una conducta de vida en la que tanto los elementos subjetivos como objetivos deben coincidir. Así aparece el paciente, ese obediente gestor de la orden médica en la que su praxis ha quedado en una zona de indistinción con su vida, que debe ser vivida como un ejemplo de obediencia. Pero el paciente, ese sujeto obediente y vaciado de su subjetividad y condiciones culturales, sociales y económicas, que es responsable mientras responde sus acciones ante el poder *no existe* de manera absoluta; es una abstracción de la biomedicina. Por lo contrario, el sujeto con el padecimiento se resiste en su acontecer cotidiano condicionado por su forma de vida, saberes, cultura, condiciones económicas y su subjetividad y así pone en entredicho a la orden médica. Entonces, toda aplicación de la orden médica en el espacio doméstico depende de la aprehensión que realiza la persona con el padecimiento. Es así que la soldadura entre el mandato, su aplicación y la eficacia de la terapéutica se da sólo a través de la suposición del nexo y no en la práctica cotidiana.

En tanto, que esta tecnología de gobierno se expresa como un imperativo que no se ajusta a la experiencia del sujeto con el padecimiento, como consecuencia el *mandato biomédico*, aparece como algo desarraigado y sin concordancia con las formas de vida de los sujetos. Sin embargo, los sujetos no son ajenos ni han propuesto procesos subjetivantes diferentes a los del autocuidado. Ellos trabajan sobre sí mismos como sujetos del autocuidado, pero adaptando el



mandato a sus modos de vida y condicionantes. No es gratuito que ellos suelen atrincherarse en el pretexto ante la desobediencia, pues moralmente saben que deben cumplir con su responsabilización. Conocen el mandato y lo han asumido, pero el imperativo es ajeno, por tanto lo reinterpretan, se apropian, lo modifican y resignifican a través de tácticas de des-obediencia. La des-obediencia, si son formas de desobediencia al mandato, no cuestionan el orden establecido, tampoco buscan subvertirlo, ni se confrontan de manera directa con el poder médico y tampoco buscan cambiar las relaciones entre imperado e imperador; simplemente cuestionan una orden específica y se mantienen vigentes la repartición de las partes y las relaciones de poder. Cabe decir que el guion “-” que une el prefijo “des” con el término “obedecer” implica que a la vez que los une los separa. Obedecen el orden sensible desobedeciendo en las tácticas. No entran en pugna contra la pretensión de mando del gobierno biomédico, que no se quiere aceptar más. Tampoco se produce contra el mando del médico que antes se había admitido, pero que a partir de cierto momento ya no se está dispuesto a reconocer. Entonces, el problema se reduce a la relación entre el médico y el paciente, en el empoderamiento o la comunicación, pero no en la calidad misma de los interlocutores que permite que sean vistos sus modos de vida o tomadas en cuenta sus saberes. Las tácticas de des-obediencia, en este preciso caso, corresponden a actos que ponen en evidencia la ajenidad del imperativo, pero no supone un acto disensual ni una subjetivación política.

El *paciente*, ese ser pasivo ante la orden médica *no existe*, o quizás sólo existe *ideológicamente* en el espacio médico. En cambio, en el transcurso de esta investigación, se encontraron sujetos que lejos de ser receptores pasivos contaban con un saber acerca de su padecimiento y cuidados, que cuestionaban, se resistían, subvertían, sometían y negociaban sus procesos de atención con la orden médica; que articulaban andamiajes de atención condicionados por sus recursos económicos y familiares; que debían desarrollar los cuidados desde sus propios saberes pues pocas veces, o mejor dicho casi nunca, habían recibido algún tipo de enseñanza por parte del cuerpo médico.

Por otra parte, se ha observado que el médico, en su empeño salvífico y como funcionario de la gubernamentalidad, a pesar de sus conocimientos, no necesariamente ejerce la facultad de pensamiento, ética y crítica y, por lo contrario, puede actuar banalmente al cumplir con su deber. Entonces, debemos sortear la perspectiva reduccionista que explica el mandato como un acto de voluntad que funciona únicamente en la esfera de la moral del médico. El mandato es una tecnología de gobierno que sólo puede ser *usado* por quien tiene autoridad y legitimidad para hacer eficaz la obra de la gubernamentalidad. Es así que el médico no es el autor del mandato, es un instrumento de una racionalidad que le trasciende. Y, sin embargo, en tanto que es funcionario, es uno de los agentes que mandatan, pues sin él no podría volverse real y efectiva la obra de la gubernamentalidad. Es vital recordar que el funcionario no es el soberano. Por supuesto que hay que advertir que su poder y decisiones no se desarrollan sin limitaciones y contrapesos externos a su voluntad personal; tampoco, y esto es fundamental, sus funciones dependen de una decisión concentrada en la autoridad suprema de un individuo y, mucho menos, de sus prerrogativas personales y particulares –como un derecho personal, intransferible, inalienable e indivisible-, sino que responde a un interés general que se concreta en la racionalidad gubernamental. Por ello, podemos decir que el médico únicamente tiene en *uso* el mandato, es decir, no es el autor ni tiene la posesión de éste. Él, como mandante, ejecuta la pronunciación del imperativo. De esta manera nunca se es el soberano ni se posee este poder, sino que se ejerce y circula entre diversos agentes que pueden subrogar el poder soberano, por lo que se puede decir que el mandato se ha vuelto difuso y dinámico. El médico, entonces es uno entre tantos agentes que tiene la función de gobernar y hacer efectiva la obra de la gubernamentalidad

Pero también existe la posibilidad de resistencia y subjetivación política como una afirmación vitalista. Este es el caso de la resistencia al absurdo biopolítico. El absurdo consiste básicamente en que al mismo tiempo que la biopolítica (al gobernar y administrar los procesos vitales poblacionales) potencia la “vida”, suprime a la vida como *potencia*. Lo que aprecia el sujeto, entonces, es el umbral entre un ser humano y un no ser humano en el que se encuentra. Este umbral define

el momento en el que la humanidad de las personas es escindida de su vida biológica; una máquina biológica privada de su humanidad y su dignidad, pues como dice Agamben: “La nuda vida, a la que el hombre ha sido reducido, no exige nada ni se adecúa a nada: es ella misma la norma, es absolutamente inmanente. Y “el sentimiento último de pertenencia a la especie” no puede ser en ningún caso una dignidad” (2005, 71). Y, sin embargo, pudimos atestiguar un proceso disensual donde la persona cuestiona eso que ve y sabe el médico; entonces, ella, con su rechazo hace “lo que era impensable” y plantea otra división de lo sensible al constituirse no como una simple desobediente que adapta el mandato a su forma de vida, sino que se planta como una igual al decidir sobre su propia vida y muerte. “Se conducen como un ser dotados de la palabra que manifiesta inteligencia”.

## **CAPÍTULO 8. DES-OBEDECER, DES-RESPONSABILIZAR Y EMANCIPAR**

Este último capítulo es de síntesis y para establecer las principales conclusiones del trabajo con lo que se busca responder a las interrogantes y alcanzar los objetivos de la investigación. Asimismo, se presentan algunas de las limitaciones que presenta este trabajo. Advirtamos que, si bien en el trabajo etnográfico se han presentado las respuestas a las interrogantes, en lo que sigue se plantean las más relevantes que sirven para sustentar la tesis de este trabajo. Resulta necesario señalar que se hará mención de conclusiones ya presentadas en capítulos anteriores, pero ahora en conjunto.

El análisis procesual del mandato como tecnología de gobierno, imperativo y orden sensible en la trayectoria de atención ha permitido dar cuenta tanto de las formas de aprehender el mandato como de la *des-responsabilización* de las personas mayores con padecer crónico en los procesos de atención. Con ello se puede decir que la estrategia procesual es efectiva para los análisis que buscan vincular las racionalidades políticas, las tecnologías de gobierno, los marcos de veridicción, el orden sensible con las formas en cómo se gobiernan los sujetos, trabajan sobre sí en sus propias condiciones y formas de vida al identificar la compleja red de elementos que están en constante dinámica a lo largo de la trayectoria de atención.

Este acercamiento teórico-metodológico permite relacionar dimensiones que tradicionalmente se encuentran escindidas o han sido descritas y analizadas a través de cesuras. Es así que al entender al mandato en términos procesuales se encontró la interfaz que permitió relacionar a la racionalidad gubernamental y el modo cómo se hace operativa a nivel micro y permite la conducción de la conducta de los sujetos y los procesos de aprehensión que las personas desarrollan. Fue de esta manera que el mandato fue entendido como una tecnología de gobierno que se expresa a modo de imperativo y que supone cierta distribución sensible.

La pregunta principal que ha guiado este trabajo ha sido “¿cómo aprehende la persona mayor que vive con padecer crónico, y que recibe atención médica, el mandato biomédico en el espacio doméstico urbano de la Ciudad de México durante su trayectoria de atención?” Se partió del supuesto de que actualmente los procesos de salud-enfermedad-atención (s/e/a) han sido suturados al dispositivo biomédico a través de un continuo y sistemático proceso de *medicalización*. Es así que la biomedicina pretende eliminar los elementos *litigiosos* que ponen en evidencia y cuestionan la racionalidad, el orden, la legitimidad de los títulos y las prácticas de gobierno que sostienen dicha sutura de los complejos, situados, dinámicos y acontecimentales procesos de atención, tales como los diferentes saberes, experiencias, narrativas, trayectorias, modelos de atención, condicionantes, entre otros, y ajustarlos a su propia racionalidad en la que “sólo hay una única realidad”.

Fue posible observar que la sutura únicamente se da en términos ideológicos, pero en las prácticas cotidianas se encuentran una serie de articulaciones y transformaciones en las que es imposible considerar que únicamente los axiomas de la medicina científica están vigentes en el espacio doméstico. En el transcurso de esta investigación se encontraron sujetos que lejos de ser receptores pasivos contaban con un saber acerca de su padecimiento y cuidados, que cuestionaban, se resistían, subvertían, sometían y negociaban sus procesos de atención con la orden médica; que articulaban andamiajes de atención condicionados por sus recursos económicos y familiares; que debían desarrollar los cuidados desde sus propios saberes pues el dispositivo biomédico mantiene al margen de sus conocimientos al profano.

Es cierto que la generalidad de los facultativos, si bien reconocen otras dimensiones en la atención, primordialmente refieren como centrales las tecnologías de autocuidado donde las formas de vida son ceñidas dentro de los “estilos de vida” y los procesos de atención a la “adherencia terapéutica” y la autovigilancia. No es secundario que en algunos casos la culpabilización, que se ha observado, no reconozca la serie de elementos que intervienen en la atención y

cuidado del padecer crónico y, en cambio, refieran que las complicaciones ocurran debido a que “las personas no se cuidan”. Incluso, a pesar de reconocer la multicausalidad en cuanto a las complicaciones derivadas de las enfermedades no transmisibles, debido a su formación de tipo biologicista, como reconocía una de las médicas, se ven incapaces de intervenir en ellos; los entienden como anecdóticos o fuera de su campo de acción y se ven impedidos de intervenir en su relación o en su tratamiento. Esto último es similar a lo que Menéndez (2003; 2005), Ortega (2010-2011) y Mendoza (2011) habían observado.

En tanto que en lo que respecta a las prácticas de otros modelos de atención los médicos presentan variadas posturas que van desde la complementariedad, rechazo, incompreensión o estigmatización (pues son referidas a la ignorancia o superchería de las personas), pero todas coinciden en que el facultativo, desde su saber, debe vigilar, controlar o aceptar su uso. De hecho, entre las personas mayores se encontró cómo ellos habían sido medicalizados, pues en sus infancias habían recurrido a las prácticas de modelos de atención tradicional, popular y principalmente, a la autoatención donde comenzaban a integrar prácticas biomédicas. Pero, en la actualidad reconocen como hegemónica la biomedicina para la atención de los padecimientos identificados como “graves” y mantienen una relación consensual con el orden simbólico biomédico, pues de la misma forma que los facultativos las personas ven y entienden estas prácticas de modelos distintos al biomédico, como complementarias o las rechazan; mientras reconocen la autoridad biomédica para la atención del padecer.

Sin embargo, se ha observado a lo largo de este estudio que las formas litigiosas (que en este trabajo han sido ampliadas a las propuestas de Rancière, en tanto una dimensión sensible que escinde la unidad de lo dado y la evidencia de lo visible, y se han integrado como una serie de condiciones de realidad que distorsionan el acoplamiento, interacciones y relaciones del dispositivo biomédico, y cuestionan el orden dominante de la medicalización) los saberes, la experiencia, las condicionantes sociales, culturales, económicas y los procesos subjetivos están vigentes y operan en los procesos de atención. Con ello se observa que la

medicalización y el autocuidado como forma de gobierno de los procesos de atención se ven constantemente rebasadas por la autoatención y cuestionadas por las formas de vida de los sujetos. En este sentido, se ha podido observar a través de los saberes de la gente y la habilidad de movilizar recursos y generar estrategias que son totalmente capaces de llevar procesos de autoatención -no sólo de autocuidado- de manera autónoma y que son parte activa de este proceso. Empero, lo anterior no implica que no predomine el consenso, en el que estos ven y entienden el orden y las tecnologías de gobierno como algo natural, o que sus procesos de atención no se encuentren suturados a los saberes biomédicos, sino que aprehenden el mandato por medio de una reapropiación, resignificación y síntesis de saberes por lo que subvierten, adaptan, modifican y le dan sentido en su trayectoria de atención.

En cuanto a la pregunta, “¿cómo se ejerce el mandato como una tecnología de gobierno?” se puede decir que durante esta investigación se encontró que el mandato, como tecnología de gobierno, se inscribe en la racionalidad gubernamental del neoliberalismo que individualiza y transfiere la responsabilidad a la propia persona. Esto coincide con lo que varios autores refieren (Foucault M. 2007; Bauman 2013; Vázquez 2005; Sibilia 2010; Todorov 2014; Rodríguez P. 2009; Bertran y Sánchez 2009; Rose 2012; 2001; Carvalho, Resende, y Sater de Oliveira 2019; Bazzicalupo 2016; Lazzarato 2019; Rose, O'Malley, y Valverde 2006; Ugarte 2005; Castro R. 2010; Chignola 2018; Peeters, 2017) cuando señalan que se ha dado paso a la responsabilización del individuo, quien a través de la movilización de sus propios recursos (materiales, subjetivos, sociales, culturales, etc.), la exaltación de la libertad, el autogobierno, autodisciplina, prudencia y autonomía se han hecho cargo y son los gestores para prevenir y atender sus procesos vitales e infortunios evaluando riesgos y optimizando recursos. En el caso de la atención a las enfermedades crónicas ha sido a través del gobierno del autocuidado que supone una interfaz entre las tecnologías de gobierno y los procesos subjetivantes. Es decir, que el individuo al trabajar sobre sí mismo y en relación con las tecnologías de gobierno-marcos de veridicción se constituye a través de la apelación de la “libertad” e individualidad, como un sujeto que se

autogobierna de manera activa y autorresponsable; y que tiene como fines la optimización de la salud, así como hacer que la corporalidad encaje en las exigencias normativas actuales.

En este sentido se encontró que las personas mayores con padecimientos crónicos han emergido como “riesgos” por los probables efectos que puedan tener en la estabilidad financiera, social, política y de los propios individuos por los costos que suponen a los sistemas de salud, pensiones, cuidados, etc. Por tanto, se han generado estrategias de seguridad para regular su presencia poblacional. Uno de los hechos relevantes es que presenciamos un giro en el significado del riesgo, donde las personas han pasado de ser quienes enfrentan los riesgos e infortunios vitales a convertirse ellos mismos en el riesgo que debe ser controlado. Estamos en una biopolítica de la gestión del riesgo donde las personas, por sus condiciones vitales, se han convertido, por sus virtualidades y por medio de una condena anticipada, en un grupo que *debe* ser regulado. Lo que se pone en evidencia es que tanto la solidaridad social como el sentido del riesgo han sufrido un traslape al instituirse en la presente racionalidad gubernamental como una condición de individualismo y autogestión de los propios imponderables de la vida a través de los propios recursos y responsabilidad centrada en el individuo.

Bajo esta misma lógica del riesgo se ha podido encontrar que la racionalidad gubernamental actual genera prácticas y políticas de atención a los padecimientos de acuerdo a la carga de enfermedades que suponen los costos más elevados en su atención y efectos en la productividad que puedan tener. Por ello, no todas las enfermedades crónicas son consideradas de una misma relevancia. Incluso, podemos referir que el caso de la prevención primaria de las enfermedades no transmisibles es un ejemplo claro de cómo la racionalidad política interviene en la forma en la que los sujetos actúan sobre sus procesos de salud/enfermedad/atención, pues se ha podido encontrar que ha sido hasta que se han instrumentado una serie de acciones y políticas de atención que las personas han reconocido estas prácticas de prevención.



En este caso, vale decir que el sujeto del autocuidado es producido libre y no necesariamente es libre. Es decir, que esta libertad, que requiere el neoliberalismo para funcionar, no implica un acto de emancipación, sino que opera como una especie de obligación para conducirse de manera auto-responsable y con una autonomía regulada. Sin embargo, esta producción de la libertad se encuentra con obstáculos como las fuerzas estructurales o las severas limitaciones en el pleno cumplimiento del derecho a la salud<sup>96</sup>. Si el sujeto no puede decidir no estamos frente a la libertad sino a una “libertad producida”. Esto último no corresponde a una ontología de la libertad, sino al hecho de que la libertad se produce como un elemento que permite y se acopla con la racionalidad gubernamental del neoliberalismo. No es gratuito que se encuentre, como hemos

---

<sup>96</sup> De acuerdo a López, López y Moreno (2015) el “derecho a la salud” es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la ONU en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este derecho se inscribe, junto al derecho a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la vivienda y a la seguridad social, en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Es decir, que integran a los derechos humanos esenciales las condiciones básicas para alcanzar la vida digna y desarrollo aceptable de las personas. Los DESC, implican obligaciones de acción por parte del Estado y son de satisfacción progresiva. En el “Protocolo de San Salvador” ha sido definido como: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (López, López y Moreno 2015, 56). De especial consideración es el reconocimiento que hacen López y López (2015), cuando refieren que el punto de partida para aproximarse al derecho a la salud es la definición del concepto de salud que subyace y da contenido a este derecho. Por tanto, apunta que la salud-enfermedad son parte del proceso vital humano y expresión de las formas en que una sociedad se apropia y transforma la naturaleza, se relaciona y organiza. Consideran que es un proceso de continuo tránsito entre la salud y la no-salud, por lo que su comprensión debe incluir tanto sus expresiones individuales como las condiciones y respuestas sociales que hacen posible que en cada colectividad predomine uno u otro polo (determinantes sociales de la salud).

Cabe mencionar que en México el derecho a la salud se encuentra consagrado, desde el año de 1983, en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este artículo (reformado en 2020) se expresa que: “Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 2021). Sin embargo, debido a que en este artículo en específico se habla de la “protección a la salud”, el derecho a la salud puede quedar circunscrito a la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso a servicios médicos (López, López y Moreno 2015). Las consecuencias son que se buscará atender la exigibilidad centrada en la prestación de los servicios de salud a razón de la accesibilidad, efectividad, seguridad, calidad y aceptabilidad, en lugar de atender la exigibilidad en el sentido de los derechos concurrentes (derecho a la alimentación, trabajo digno, educación, vivienda adecuada y seguridad social). Pero, como López, López y Moreno (2015) señalan, actualmente de están dando esfuerzos para solventar esta situación.

visto, la culpabilización de la persona con el padecimiento. Esta culpabilización sirve como una especie de filtro a la realidad que resulta incómoda, pues al culpar a los individuos se imputa el fracaso en el control de la enfermedad crónica al individuo mismo quien falla en su ejercicio de autogobierno responsable y libre; de esta forma se soslayan las contradicciones políticas y económicas. Podemos decir entonces que las tecnologías de gobierno de autocuidado no sólo son cuestiones meramente científicas o del conocimiento médico, sino que también suponen criterios políticos de gestión y administración del riesgo. En este sentido, la frase que se expresa en la Ilustración 4 es contundente cuando señala que: “Si usted es diabético o hipertenso, recuerde que el control depende de usted”. Por tanto, los sujetos son obligados a “ser libres” y se les requiere de conducirse a sí mismos de manera responsable en el campo de la salud.

Entonces, como Galvin (2002) ha planteado, la enfermedad crónica en su actual forma conceptual, ha sido modelada por la racionalidad neoliberal, específicamente en su interacción con la noción de responsabilidad individual y elección personal por lo que conceptos como “estilos de vida”, “comportamiento” y “elección” han sido resignificados bajo este marco de veridicción que coloca la responsabilidad en el individuo. Es así que al revisar una serie de programas y políticas sanitarias en el país se encontró que se sostiene esta perspectiva del autocuidado a través de la modificación de los estilos de vida y factores de riesgo. Incluso, a pesar de que los propios médicos pueden dar cuenta de diversos elementos que confluyen en la atención y complicaciones de las enfermedades no transmisibles, el principal foco se encuentra en los “estilos de vida”, “factores de riesgo”, “adherencia al tratamiento” y “autovigilancia”.

De hecho, estos facultativos han reducido la complejidad del problema del manejo de las enfermedades crónicas a un problema de comunicación, confianza y de relación médico-paciente, por lo que resaltan la necesidad de implementar estrategias de empoderamiento del paciente en donde se fortalezca su autonomía. Sin embargo, estas estrategias refieren a la consolidación de la responsabilización e individualización del sujeto, en tanto que entiende a la voluntad como un proceso

subjetivante donde el sujeto, al ser producido libre, es capaz de trabajar sobre sí mismo para actuar responsablemente. En este caso, resulta ejemplar la afirmación de una de las médicas entrevistadas que dice: “Creo que sí tenemos que hacer consciencia, porque es muy difícil, sobre todo en los pacientes que tienen diabetes porque ya están acostumbrados, *pero no es imposible cuando la persona quiere cambiar*”.

Entonces, es posible comprobar la transferencia de la responsabilidad a la propia persona del cuidado de su salud, que corresponde al gobierno del autocuidado, en donde opera una interfaz que relaciona las tecnologías de gobierno y los procesos subjetivantes; donde la racionalidad neoliberal “produce” al sujeto del autocuidado que requiere.

Para responder al cuestionamiento de “¿cómo es el orden sensible y verificación de la igualdad en la aplicación del mandato?”, se puede señalar que en esta investigación se encontró y se comprobó que la práctica médica está dominada y ordenada “consensualmente”, en su ejercicio de gobierno, por el mandato de tipo *despótico* que no sólo implica que se exprese en forma de imperativo, sino que es la condición para la reproducción de una distribución sensible de posiciones desiguales en la aplicación de las tecnologías de gobierno y procesos subjetivantes de autocuidado. Para los médicos esto corresponde al modelo del *paternalismo médico*. Desde nuestra perspectiva este paternalismo médico supone un orden sensible desigual donde quienes cuentan con la facultad de la inteligencia deben gobernar y quienes supuestamente carecen de ésta sólo tienen como función la de ejecutar el mandato. Es así que, si observamos que la práctica del mandato despótico o el paternalismo, como reconocen los médicos, es una práctica común en el dispositivo biomédico, es factible considerar que existe una verificación de la desigualdad donde se impone la convención de la diferencia de inteligencias. Es así que el médico, que tiene la capacidad de razonar, saber y tiene la facultad de la inteligencia, debe mandar a quien supuestamente carece por completo de esta facultad, saber o es incapaz de la inteligencia.

En otras palabras, habría que eludir las perspectivas que refieren únicamente el problema del paternalismo a un problema ético y moral del propio médico, pues de lo que nos habla es no sólo de una cuestión de ejercicio de la libertad sino de un orden sensible desigual donde no es únicamente la obliteración de la autonomía del paciente lo que ocurre. Esto refiere a que la práctica médica es, en todo caso, una práctica antipolítica donde, en términos de mando y obediencia, el médico ocupa el lugar de gobernante y el paciente de mero ejecutor debido a que carece del título necesario para ser considerado un igual y como tal no es visto ni oído, ni puede expresar su opinión.

Ahora bien, esta repartición sensible y orden de gobierno correspondiente se da de manera consensual entre médicos y personas con el padecimiento, pues los primeros reconocen que esto es “tradicional” y en los segundos se pueden encontrar afirmaciones que sostienen que creen en los médicos como en Dios, u otras que señalan que obedecen al médico simplemente porque es doctor. Con ello se precisa que ambas partes reconocen los títulos, los lugares y las funciones correspondientes entre quien manda y quien obedece. Además, de que reconocen esta distribución de las partes como la única factible. Entonces, podemos confirmar que las personas con el padecimiento han “comprendido” la distribución que define las divisiones entre los modos de hacer, de ser y de decir que asigna a las partes a *tal* tarea, lugar y función. Es decir, que han comprendido que su función es la de ejecutar el mandato ajustando su voluntad e inteligencia a quien posee el “conocimiento” legitimado como título que le permite gobernar.

Con esto podemos concluir que en cuanto a la distribución sensible, se encuentra la verificación de la desigualdad en la que las personas con el padecimiento no tienen parte, por ello no es secundario que sus opiniones, saberes, dudas e intereses no sean tomados en cuenta en la definición de los tratamientos. De hecho, a partir de observar que el paciente, si bien se ha resistido al mandato, que no lo ha seguido como ha sido dictado y que es un hecho común, no se aprecia el desometimiento y a la par la producción de una subjetivación política y disensual que ponga en cuestión el reparto sensible de los lugares y donde se ejecute la

obediencia del mandato desde la inteligencia, la ética y la crítica del mismo paciente, incluso si su voluntad se ajusta a lo mandado.

A pesar de que las personas elaboran una distinción entre el buen médico y el mal médico a través de una relación de confianza en la que se verifica y se elabora una distinción entre los médicos que cumplen con las expectativas del comportamiento, roles y funciones que legitiman el título de gobierno biomédico y lo que no, hay un hecho que suele escapar de los análisis centrados en la relación médico-paciente en un nivel diádico y a nivel de la confianza como interacción: es que aun con las diferencias entre el “mal médico” y el “buen médico” se mantiene una condición de consenso porque el cuestionamiento es directo al individuo y no al reparto sensible. En este caso el consenso implica que los problemas, por ejemplo, de confianza, se resuelven a través de hacer más eficiente la “comunicación” o el “empoderamiento”, pero no permite el disenso o las subjetivaciones políticas que supongan la emergencia de una sensibilidad y distribución de las partes distinta porque al final este orden es comprendido como el “único” que es factible.

Es así que a pesar de los conflictos que puede ocasionar la desconfianza se puede decir que el consenso, que sostiene la cuenta de las partes en una relación desigual, en cuanto a funciones, lugares y competencias, se encuentra vigente y es aceptado por las partes. No se trata simplemente del acuerdo de personas entre sí, por eso puede haber estas interacciones difíciles, sino el acuerdo entre sentido y sentido el que encontramos entre sujetos que no pueden imaginar otra cuenta de las partes. Significa que, a pesar de las diferencias o divergencias, de las complicaciones en las interacciones, la presentación sensible y el régimen de interpretación es el mismo: es decir, a pesar de que se considere que hay “malos médicos” el orden de las partes, la desigualdad entre ellos, es entendida tanto por facultativos como pacientes como normal.

Asimismo, en las interacciones entre los médicos con las pacientes, se ha encontrado la “explicación” de la relación desigual. Pero aquí lo relevante es que le

han explicado al paciente su propia incapacidad y le han demostrado la supuesta incapacidad de comprender por sí mismos el autocuidado. Esta explicación se basa en la división de las inteligencias en dos, una superior y una inferior. Con ello la inteligencia, voluntad y saberes del paciente deben quedar subordinadas a la inteligencia y conocimientos del médico. Esta coincidencia supone un “embrutecimiento”. Hay que decir que el médico no embrutece al paciente por decirle lo que ha hecho mal al desobedecer, sino por decirle que no puede autocuidarse solo; por decirle que su inteligencia no puede prescindir de las explicaciones y la vigilancia del médico, pero a la vez se evitar forzar las capacidades de la persona a través de prácticas que embrutecen.

Se ha encontrado que la orden, al mismo tiempo que gobierna la vida de los sujetos, lleva consigo la posibilidad de una amenaza de castigo. Esta amenaza se presenta en forma de advertencia o consejo, pero tiene esencialmente una función moralizante y correctiva; pues, independientemente de la forma que adquiera, ésta no se reduce a consejos que dejan al sujeto en libertad de decidir acerca de su observancia. Lo que resulta fundamental es que la amenaza del castigo (ya sea la exclusión de la comunidad de los pacientes o los efectos deletéreos propios del padecimiento) aparece derivado de la condición en la que el poder médico y el orden de gobierno se ven en riesgo. Dicha amenaza es el instrumento que el poder utiliza para evitar la desobediencia, la ruptura de la distribución de las partes; la efracción de la posible emergencia del principio anárquico y el disenso o las subjetivaciones políticas.

De hecho, a través de las formas en cómo aprenden a cuidar y atender, la exclusión del conocimiento por medio de la falta de explicaciones y el uso del lenguaje técnico se demuestra que, en vez de forzar la capacidad de los pacientes, se confirma la superioridad de una parte y legitimidad de su gobierno; es decir, hay presente en este mandato despótico un ejercicio de embrutecimiento de la persona con el padecimiento donde se le explica, a través de excluirlo del conocimiento, que es un profano que no puede acceder al “sagrado” saber biomédico, pues es incapaz de comprenderlo. De hecho, como han señalado los facultativos su formación se ha

basado en esta incapacidad de comunicar a las personas el saber biomédico y estos, excepcionalmente, se esfuerzan por hacerlo.

En cuanto a la tercera pregunta de esta investigación, “¿cómo se integra el mandato en la trayectoria de atención al padecimiento crónico en el espacio doméstico?”, hay que reconocer, similar a lo descrito por Menéndez (2020), que la biomedicina y sus representantes han partido del supuesto de que el paciente “no sabe”, está equivocado o no entiende. En este caso, por medio de las expresiones de los médicos, que refieren que la persona no se cuida, tiene malos hábitos y nunca se “checan”, ni desarrollan prácticas de prevención o que buscan atención hasta que presentan molestias, no atienden la dinámica, serie de saberes, procesos de síntesis y aprendizajes que hacen funcionar las personas con el padecimiento.

El conjunto de acciones desarrolladas en los procesos de atención y en el nivel de autoatención pone en evidencia la existencia de un saber respecto a los procesos s/e/a en estas personas y sus familias, especialmente en los espacios domésticos que (más allá de lo erróneo e independientemente de su eficacia) implica que no existe grupo que carezca de estos saberes; los cuales incluso pueden ser apropiados y aprendidos en el momento clínico (Menéndez, 1998) (Menéndez, 2003) (Menéndez, 2005). Entonces, al observar la trayectoria de atención, la cual supone el proceso que implica el sentido y la experiencia acerca de enfermar, la serie de decisiones y desarrollo de las actividades que tienen que ver con la atención del padecimiento se ha visto que el proceso de atención desborda el dispositivo biomédico y que en muchas ocasiones se realiza de manera independiente a éste.

No obstante, los facultativos son indiferentes a la complejidad de las trayectorias de atención, en específico en las prácticas de los diversos modelos de atención que se sintetizan en este proceso. Es así que los saberes y prácticas suelen ser enmascarados, negados, rechazados, descalificados, subalternizados o son considerados jerárquicamente inferiores al no adherirse por completo a los principios biomédicos; lo que ha implicado una cesura en la complejidad de los

procesos de atención. Incluso, los mismos médicos han reconocido esta indolencia y han señalado que no se atiende a “profundidad el problema” y ordenan únicamente desde su propio saber sin considerar la serie de factores y dinámicas que se relacionan en los procesos de atención. De esta manera, la práctica clínica al observar únicamente los elementos objetivos de la evidencia y suprimir los elementos litigiosos es indiferente a la experiencia, las condiciones culturales, saberes, políticas, económicas y de posibilidad de continuidad del tratamiento mismo. De tal manera que el mandato implica un imperativo desarraigado y ajeno a los saberes de la gente. Esto es como lo que dice Rancière: “no hay ignorante que no sepa ya un montón de cosas, que no las haya aprendido por sí mismo, mirando y escuchando a su alrededor, observando y corrigiendo sus errores” (2019b, 16). Pero este saber, para el médico, “no es más que un *saber del ignorante*” (Rancière 2019b,16). Es decir, un saber que no entra en la cuenta de las partes.

Se ha encontrado una serie de saberes etiológicos que dan sentido al padecimiento y sirven para explicar a sí mismos y a los otros la causalidad y complicaciones del padecer. Estos saberes, por supuesto, condicionan la elección del modelo de atención al que recurren. En estos saberes se pueden integrar los saberes biomédicos, pero no se limitan a estos. Entre los hallazgos más relevantes se encuentra que el padecimiento es explicado desde una dimensión multicausal que integra experiencias vitales y padeceres cotidianos entre los que se encuentran conflictos sociales, trabajos de brujería, emocionales, preocupaciones, sustos, sobresaltos, duelos, tristezas, nervios, corajes, pérdidas y situaciones de incertidumbre, trayectorias vitales de esfuerzo y trabajo junto con periodos de vigilia y ayuno, entre otros. Todas estas causalidades coinciden en un hecho, padecimiento o acontecimiento desencadenante (evento crítico) del cual, en un proceso que vincula las diferentes comorbilidades, conflictos, causas de sufrimiento y padeceres, se conjuntan en cierta unidad reconocida como el padecer crónico. En tanto, que las fuentes de información también son variadas y no sólo incluyen al médico, sino que están presentes otros curadores, familiares y redes sociales, así como medios de comunicación. Asimismo, estas explicaciones tienen un carácter



dinámico que es influenciado por el saber biomédico; es así que se puede ir transformado a lo largo de la trayectoria de atención.

En cuanto a los saberes diagnósticos y las pautas de búsqueda de atención se ha encontrado que estas se encuentran relacionadas. El diagnóstico no se reduce al definido por los médicos; por lo contrario, corresponde a la serie de saberes que interpretan y dan sentido, tanto a nivel profesional como popular, los signos y síntomas de los estados de malestar. Es con base en estas identificaciones y definiciones que se instrumentan una serie de prácticas de atención y elección de curadores.

En este sentido, se encontró que las personas aun antes de asistir con el médico cuentan con un diagnóstico de su padecer y de acuerdo a este han buscado o no atención dentro del sistema médico. Estos han definido un indicador diagnóstico de acuerdo a la gravedad. Esta es una escala subjetiva basada en la percepción del síntoma y su reconocimiento sociocultural, que elabora la propia persona o algún miembro de sus redes familiares y sociales que permite reconocer el nivel de “anormalidad” o “complejidad” del malestar. Esta anormalidad se basa en los criterios de la intensidad, tiempo de duración, nivel de sufrimiento, recurrencia, constancia del síntoma, interrupción de las actividades cotidianas, capacidad resolutive en el espacio doméstico e incertidumbre. Con base en este indicador diagnóstico de la gravedad es posible entender las pautas de búsqueda de atención. Es así que en el momento en que el malestar o síntoma aparecen de manera insidiosa y es reconocido como grave, pues aumenta en su frecuencia y recurrencia del tiempo considerado habitual, las prácticas de autoatención dejan de ser efectivas, causan sufrimiento, aparecen nuevos síntomas y signos desconocidos, generan incertidumbre y se traducen en estados de inactividad y reposo obligado es que las personas con el padecimiento buscan atención médica. Cabe decir que en el periodo de normalización es factible observar que las personas con el padecimiento soslayan el mandato biomédico, pero en las circunstancias de agudización, cuando se exacerba el síntoma o se presentan complicaciones, las personas se adscriben al mandato de autocuidado y ajustan sus prácticas

adhiriéndose al tratamiento y estilos de vida prescritos. Entonces, el grado de adherencia al mandato es variable en el tiempo en un proceso de continuidades/discontinuidades relacionado principalmente con el grado de gravedad reconocido por la persona con el padecimiento y/o sus redes familiares o sociales.

Relacionado con lo anterior, podemos señalar que el sistema de elección del modelo de atención implica una diversidad de prácticas provenientes de los diferentes modelos. Este sistema se refiere a la forma en que los sujetos y grupos sociales eligen y usan las diferentes formas de atención, las sintetizan, articulan, mezclan o yuxtaponen. Por regla, en la trayectoria se comienza con prácticas de autoatención hasta que el padecer es considerado como grave y es entonces cuando se decide buscar atención biomédica o con otro curador. En ocasiones, ya sea por la referencia institucional o porque buscan otras opiniones y mayor eficacia diagnóstica y terapéutica se asiste con médicos de segundo o tercer nivel. En algunos casos, como excepción, si el diagnóstico de la gravedad corresponde con un síndrome de filiación cultural se buscará atención con curadores tradicionales y alternativos.

Este sistema se basa en la relación confianza/modelo de atención, pues a través de la confianza, que permite cierta seguridad y planificación acerca del padecer, se hacen factibles las posibilidades de atención y elección de modelos para enfrentar la complejidad del malestar ponderado como grave. De tal manera que a mayor gravedad se busca un sistema de atención que represente mayor confianza; en la generalidad de los casos el modelo de atención que presentaba mayor confianza fue la biomedicina. En cambio, las prácticas tradicionales y alternativas son consideradas menos eficaces y sirven como complementarias o como alternativa cuando la biomedicina no ha resultado efectiva o cuando el padecimiento corresponde a un síndrome de filiación cultural.

En cuanto a las formas en las que los sujetos aprenden a atender y cuidar los padecimientos crónicos se encontró que este es un proceso conflictivo, pues si bien aprehenden y se apropian de los conocimientos biomédicos esto ocurre por

cuenta propia y empírica, pues los profesionales de la salud no enseñan a prevenir, autoatenderse y automedicarse. Las personas con el padecimiento han sido excluidas de este conocimiento. Por ello, resulta paradójico que en un contexto donde el autocuidado es la principal tecnología de gobierno a la atención de las enfermedades no transmisibles, esta atención se desarrolle en el abandono y desigualdad donde el personal sanitario difícilmente interviene en las condiciones de vida o participa en el impulso de las facultades y saberes de los sujetos. En cambio, estos saberes suelen generarse desde la exclusión del conocimiento biomédico. Sin duda, esto implica un proceso embrutecedor en donde al sujeto a partir de verificar su desigualdad y no tener parte en este conocimiento debe adscribir su voluntad e inteligencia al facultativo. Pero, en este aprendizaje se han podido encontrar procesos de autonomía y cierta emancipación, pues se ha podido ver que han aprendido a generar indicadores diagnósticos, de manejo de medicamentos y pronósticos. Sin embargo, han resultado procesos llenos de incertidumbre, conflictos familiares y ansiedad en las personas con el padecimiento y en sus cuidadores principales; que incluso puede llegar a prácticas iatrogénicas. Entonces, podemos creer que si a la vez que impulsa el autocuidado no explica ni enseña, el mismo dispositivo biomédico tiene cierta responsabilidad en estas prácticas.

Frente a la falta de enseñanza e inclusión en el conocimiento biomédico, ha sido a través de la observación y la práctica continua la manera en cómo las personas han aprendido a manejar el padecimiento. Con esto se ha favorecido la automedicación en el espacio doméstico a partir de la interpretación que realizan las personas de las prescripciones y estados de malestar previos que han vivido. Las fuentes de información son variadas, pero en su mayoría han sido informales y se ha desarrollado en un entorno de ausencia de apoyos y enseñanza por parte del cuerpo médico o instituciones especializadas. Únicamente cuando las personas preguntan es que los médicos suelen informar, pero esto se reserva a temas específicos y se dejan de lado temas relevantes respecto a la progresión de la enfermedad o el sentido de las prescripciones y efectos de los medicamentos.

Se puede concluir que las personas con el padecimiento siempre tienen un saber respecto a los procesos s/e/a que incluso pueden provenir de la síntesis de diferentes modelos de atención. Por otra parte, las personas no actúan como pasivos receptores del mandato, por lo contrario, siempre reproducen, reinterpretan y le dan significado bajo contextos específicos a la orden del médico. Por ello, se puede decir que asumir la perspectiva de ver atención biomédica donde no existe y a ignorar las prácticas de atención a la salud donde se presentan, en nombre de que está ausente la biomedicina y sus representantes, y centrarse en la relación unívoca biomedicina-atención, resulta ser un análisis reduccionista. Pero esta negación no es secundaria, por el contrario, hace evidente el marco institucional en el que se ha generado cierta forma dominante de integración de los procesos de atención en un orden sensible donde aquello distinto a la biomedicina no tiene parte.

Finalmente, la última pregunta que correspondía a “¿cómo significan el mandato y cuáles son las prácticas de aprehensión?”. De manera similar parecería que los médicos que han centrado su perspectiva en el autocuidado y la adherencia terapéutica comparten las ficciones de suponer que el paciente es un receptor pasivo de las prescripciones médicas y que su respuesta es la de la obediencia. Se podría pensar que la práctica clínica, específicamente la centrada en el mandato del autocuidado opera en la *ilusión ideológica* en la que “ellos [los médicos] saben que, en su actividad [y mandatos], siguen una ilusión [de ser obedecidos y que el mandato es eficaz] , pero, [a sabiendas de que no es así], aun así, lo hacen” (Žižek 1992, 61). Los facultativos no ignoran que el mandato del autocuidado no ha de cumplirse e incluso uno de estos médicos señala que las personas siempre guardan una autonomía con respecto a los mandatos; mientras que otra de ellas señalaba que “la persona no desaparece”. Con ello, se puede afirmar que estos médicos saben que los elementos litigiosos siempre están presentes y que el mandato no es completamente obedecido. Parecería que se comprueba la afirmación de Agamben, cuando afirma que “Un poder no cae cuando ya no es obedecido o completamente obedecido, sino cuando cesa de dar órdenes” (2012b, 53). Como tal, el médico

parece que no puede dejar de ordenar a pesar de saber que su mandato no ha de ser cumplido del todo.

El asunto es que la desobediencia al mandato es un hecho habitual y común. Varios autores coinciden en que la desobediencia a las prescripciones médicas no son una excepción, sino que es muy probable que las persona lo reinterpreten o se resistan al control de la medicina por lo que se presentan comúnmente diferencias entre lo recomendado por el profesional y lo que hagan las personas (Moulin 2006; Mendoza 2011; Menéndez 2018; Domínguez 2017; Del Monaco 2013; Amuchástegui y Ojeda 2018). Esto ha sido similar a lo que se ha encontrado entre las personas mayores y sus familias; sin embargo, también se observó que el mandato biomédico se expresa como un imperativo. Podemos decir que como imperativo, el mandato no se ajusta a la experiencia de las personas, ni a sus formas de vida o sus condicionantes, sino que simplemente supone un *deber* que se mantiene ajeno a las condiciones de aplicación y se limita a exigir obediencia. Como imperativo el mandato no requiere ser comprendido, en cuanto a sus deliberaciones y razones, sino que únicamente se espera que el sujeto comprenda lo que debe hacer y que debe obedecer. Esto supone que las órdenes deben ser creídas y obedecidas sin ser comprendidas o interpretadas, simplemente implican una relación de sumisión al poder.

Entonces, las personas mayores con el padecimiento crónico viven el mandato, que restringe consumos y actividades, como un “hurto” donde la voluntad del sujeto queda sujeta al imperativo y a la autoridad del médico que decide lo que está permitido y lo que debe ser proscrito. Es así que el imperativo aparece como un absurdo, pues resulta un contrasentido a sus formas de vida, condicionantes culturales, formas de relación e interacción social y de identidad. De tal manera que advierten que, al ser reducidos a una vida desnuda determinada por sus factores de riesgo y criterios objetivos, sus hábitos y modos de vida han sido vaciados de sentido y experiencia subjetiva, cultural y social. Este “hurto” es vivido como un escamoteo del sentido mismo de la vida. Asimismo, la restricción se vive como una “falta” que implica estados de ansiedad y por ello son considerados como

“trabajosos”; es decir, que implican desmesura en el esfuerzo para poder cumplirlos. El hecho es que mientras el mandato biomédico se presenta como un imperativo, que resulta ajeno a la experiencia, modos de vida, subjetividad, condicionantes económicas, sociales y culturales resulta absurdo y se ve limitado en su aplicación en el entorno doméstico.

Pero no todos los mandatos son vividos así, sino que se ha presentado una elaboración entre los “buenos mandatos” y los “malos mandatos”. En el primer caso, son los que resultan similares y no son ajenos a las formas de vida, gustos y a las actividades cotidianas de las personas, incluso si estos deben ser adaptados a las nuevas condiciones de vida determinadas por el padecer crónico. En cambio, los malos mandatos resultan de la completa ajenidad del imperativo a las condiciones, experiencia y modos de vida de los sujetos. En este caso, es factible encontrar prácticas de des-obediencia en que el sujeto transgrede la orden.

Las tácticas de *des-obediencia* permiten adecuar y reapropiar el mandato del autocuidado a sus formas de vida. Entre estas prácticas se encuentra el rechazo y que puede incluir a los medicamentos, a las restricciones o prescripciones de alimentos y dietas o a las actividades físicas. También se encuentra la confrontación, que supone una la expresión de la inconformidad con el mandato abiertamente al médico que la enuncia. En tercer lugar, se observó la búsqueda de alternativas, adaptaciones y el abandono de la atención. Pero, la táctica de des-obediencia principal es la negociación que nos permite ver que las personas con el padecimiento se han subjetivado como sujetos del autocuidado, pues trabajan sobre sí y se constituyen y se reconocen como sujetos concretos que hacen propios y toman como relevo los principios de autorresponsabilidad y libertad en la gestión y administración de la salud como una condición moral de sus acciones; pero, debido a que el imperativo es ajeno a sus condiciones y modos de vida, se busca modificar y adaptar el mandato para hacerlo asequible en su vida cotidiana. Entonces, suceden las modificaciones en las cantidades, periodicidad, permutas, cambios de horarios, entre otras, y es así que se pretende solucionar el conflicto con la forma de vida impuesta y, supuestamente, evitar las complicaciones de la enfermedad

cumpliendo con su deber de autogobernarse. De tal manera, que no es secundario observar comúnmente, entre las personas con el padecimiento, afirmaciones donde señalan que “no entienden la razón de las complicaciones si hacen todo lo que les manda el médico”.

Cabe decir que el elemento central de estas tácticas es que mantienen el consenso, pues no suponen un acontecimiento disensual o una subjetivación política que se traduzca en el reordenamiento de la distribución sensible, ni cuestiona las racionalidades gubernamentales biomédicas, los saberes y tecnologías de gobierno; en cambio, se centran en una orden considerada absurda, un hurto o que implica una falta, o a un actor en específico y, en ocasiones, a alguna institución de salud. La des-obediencia, si son formas de desobediencia al mandato, no cuestionan el orden establecido, tampoco buscan subvertirlo, ni se confronta de manera directa con el poder médico y tampoco buscan cambiar las relaciones entre imperado e imperador; simplemente cuestionan una orden específica y se mantienen vigentes la repartición de las partes y las relaciones de poder. Obedecen el orden sensible desobedeciendo en las tácticas. No entran pugna contra la pretensión de mando del gobierno biomédico, que no se quiere aceptar más. Tampoco se produce contra el mando del médico que antes se había admitido, pero que a partir de cierto momento ya no se está dispuesto a reconocer. Las tácticas de des-obediencia, en este preciso caso, corresponden a actos que ponen en evidencia la ajenidad del imperativo, pero no supone un acto disensual ni una subjetivación política.

Llegados a este punto es necesario mencionar que el análisis de la aprehensión del mandato permitió encontrar una condición que ha sido descrita como el “absurdo biopolítico” y el cual hace referencia a que al mismo tiempo que la biopolítica (al gobernar y administrar los procesos vitales poblacionales) potencia la “vida”, suprime a la vida como *potencia*. Esto es resultado de una diferencia básica entre la *nuda vida* y la forma de vida. La vida de base biológica y la vida como potencia.

La nuda vida que ha creado la maquinaria biopolítica y que domina el ejercicio biomédico no puede aportar sentido a la vida de los sujetos y, por lo contrario, se viven una serie de desatinos en la realidad. En este sentido es que podemos atender al hecho de que la reducción de la vida y los modos de vida a categorizaciones objetivas que, al eliminar toda autotranscendencia, permiten aprehender todos los distintos casos y de esta manera administrarlos, controlarlos y gobernarlos, se *despotencia la vida* al anular y vaciar cualquier contenido de las formas de vida de las personas. De esto se han desprendido cuestiones relevantes como el mandato absurdo que ejerce el médico cuando actúa *como* soberano al decidir acerca de los tratamientos y la vida y muerte de las personas; así como la resistencia al absurdo biopolítico.

El médico puede operar un “mandato absurdo” cuando en el cumplimiento de su *deber* de “salvar vidas” se centra específicamente en la vida desnuda y en favor de este cumplimiento anula su capacidad de pensamiento y ético y por ello pueden prolongar la vida biológica causando sufrimiento de manera *banal*. Entonces, los médicos que siguen “perfectamente” su deber al obedecer el mandato de “salvar la vida” sin reflexionar y pensar en el dolor y sufrimiento que puede ocasionar los procedimientos terapéuticos; o que incluso los realizan de forma despótica y sin considerar la igualdad y capacidad de decisión de la persona, anteponiendo su deber, eliminan esa capacidad ética y de pensamiento. Ellos responden ante el poder, pero no ante el otro o ante sí mismos.

De la misma forma, se observó que la biomedicina ha desbordado el ámbito sanitario a competencias políticas, administrativas y jurídicas actuando como un saber soberano que tiene el poder de decidir sobre la vida y la muerte de los sujetos; y demarcando una distinción entre una “vida auténtica” –que hay que proteger- y una vida despojada de su valor. En todo caso, se pudo observar que la maquinaria biopolítica que crea las condiciones para que la persona con el padecimiento, identificada como un paciente, sea reducido a una *nuda vida* y en la que el facultativo, como vicario del poder soberano, decide acerca de la vida y los procesos de atención. Pero, aquí debemos precisar, que el médico, a diferencia de lo que



supone Agamben (1998), no entra en simbiosis con el soberano, sino que únicamente *usa* el mandato y el poder soberano, pues no es al autor ni lo tiene en posesión. Aquí es visto como un funcionario de la gubernamentalidad que sirve como instrumento de una racionalidad que le trasciende, pero que resulta necesario para desempeñar las estrategias y las metas de la gubernamentalidad. En todo caso, es el vicario del poder soberano y sólo será el funcionario en tanto emita los mandatos.

Frente al absurdo biopolítico fue posible encontrar que las personas, al comprender el sinsentido que implica la reducción de su vida a una vida desnuda, cuestionan el dispositivo biomédico y se resisten a sus mandatos. En este caso, Josefina quien a pesar de las complicaciones que podría enfrentar rechazó el procedimiento de diálisis y ser internada. En cambio, prefirió mantener su forma de vida. Esta mujer da cuenta de una subjetivación política al mostrarse en igual capacidad de ejercicio de la inteligencia y la decisión acerca de la vida y la muerte. Aunque es cierto que en este proceso los médicos no informaron o lo hicieron de manera muy limitada acerca de los beneficios, riesgos y opciones que tenía esta mujer. Hay que decir que los seres humanos son el único ser que es capaz de dar cuenta de lo absurdo, pues es el único que puede construir un sentido acerca de su propia existencia y cuando el sujeto reflexiona acerca de la contradicción que supone la zona de indeterminación en la que habita la vida desnuda -a la que queda adscrito como paciente- se resiste a la pérdida del sentido que liga la vida a la biomedicina. En este sentido, debo reconocer que en esta investigación no encontré pacientes sino sujetos capaces de crear sus propias narrativas.

En resumen, podemos señalar que se ha podido sustentar y comprobar las tesis que guiaban el trabajo. Pues hemos podido observar que la orden, aunque se encuentra vigente en el espacio doméstico, su aplicación se encuentra en duda. Es decir, su aplicación no está contenida en el imperativo mismo. Entre la prescripción médica y su aplicación no hay un nexo interno que permita derivar inmediatamente la una de la otra. En tanto, que esta tecnología de gobierno se expresa como un imperativo que no se ajusta a la experiencia del sujeto con el padecimiento. Como

consecuencia el *mandato biomédico*, aparece como algo desarraigado y sin concordancia con las formas de vida de los sujetos. Sin embargo, los sujetos no son ajenos ni han propuesto procesos subjetivantes diferentes a los del autocuidado, sino que se mantiene el orden consensual. Ellos trabajan sobre sí mismos como sujetos del autocuidado, pero adaptando el mandato a sus modos de vida y condicionantes. Conocen el mandato y lo han asumido, pero el imperativo es ajeno y, por tanto, lo reinterpretan, se apropian, lo modifican y resignifican a través de tácticas de des-obediencia. En otras palabras, no es la orden médica ni las prácticas cotidianas las que operan antagónicamente en la atención, sino que es la indeterminación en la relación, entre ambas, la que impera en los procesos de atención a los padecimientos crónicos y con ello aparecen prácticas de *des-obediencia*, para convivir con el mandato.

Sin embargo, a lo largo de este trabajo ha estado presente una meta-pregunta, es decir, una pregunta que se encuentra como causa o *principio* que sustenta la tesis: “¿Qué se puede esperar si la racionalidad gubernamental del neoliberalismo supone responsabilizar e individualizar la atención de los imponderables vitales, como la enfermedad o el envejecimiento, y por tanto el mandato implica que la persona deba asumir el autocuidado, pero, a la vez, el mandato se expresa como un imperativo que es ajeno a la experiencia, las condiciones y los modos de vida y subjetividad y, también, sistemáticamente se verifica la condición de desigualdad e incapacidad de la persona que debe seguir el mandato?”. Esta meta-pregunta se refiere a la segunda tesis de este trabajo: la des-responsabilización que ocurre en la relación de indeterminación entre la responsabilización y el embrutecimiento. Tal *des-responsabilidad* implica que la persona, que debe autogobernarse, de manera aporética debe someterse a la inteligencia y voluntad del médico; de tal manera que al confirmar esta desigualdad no es posible una atención emancipada donde el sujeto logre comprender el sentido del mandato y se clausura la posibilidad de la decisión, autogobierno y fines de sus propios procesos de atención.

Se ha podido comprobar que el mandato, como tecnología de gobierno, supone la responsabilización de la persona por medio del autocuidado. Por otra parte, se comprobó que el orden sensible del gobierno biomédico se verifica la desigualdad y, como parte de esto, hay un proceso de embrutecimiento en el que se confirma la incapacidad o la suposición de la inteligencia inferior de la persona con el padecimiento. Incluso, la capacidad de las personas, en lugar de ser forzada, es obstruida a través de prácticas embrutecedoras que paralelamente lo mantiene ajeno de los conocimientos biomédicos y como una parte sin parte en el gobierno de los procesos de atención.

Estas personas enfrentan una condición aporética, pues por un lado el cuidado del padecimiento se individualiza y se demanda al sujeto que ejerza su libertad por medio de la responsabilización e individuación de la atención; pero evita que ejerza su capacidad de la inteligencia para desarrollar procesos de atención emancipatorios. Esto no es secundario si consideramos que se ha reconocido que en los procesos de atención está presente el consenso, a través del cual ambas partes entienden como la única realidad factible la distribución sensible desigual y las diferencias de inteligencias y saberes entre uno superior y otro inferior. Esto implica que no sólo la voluntad de la persona se adhiere a la del facultativo, sino que también su inteligencia. Por ello, la afirmación de las personas en la que dicen “que creen en los médicos como en Dios” tiene una potencia relevante. Como ha señalado Derrida (2006), si actuamos por el deber absoluto, en cuanto a la relación a Dios, la singularidad individual entra en relación con la de ese otro absoluto en el modo de obligación y deber, entonces se actúa de manera irresponsable al sacrificar la ética, pues no se responde ante el otro sino solamente ante el otro absoluto; pero, esto también implica el sacrificio del saber, pues quien obedece por deber y actúa sin que le domine la duda sus decisiones están controladas por la fe y no por saber. En todo caso se hace por la fidelidad al título del gobernante. Tal como apunta Žižek (1992), no se cree en la orden porque se comprueba que es buena y justa, sino que sólo en la medida que ya se cree previamente se revelan las razones que pueden justificar nuestra creencia y obediencia al mandato.

“Se llamará *emancipación* -sostiene Rancière- a la diferencia conocida y mantenida entre estas dos relaciones (voluntad e inteligencia), al acto de una inteligencia que no obedece más que a sí misma, aun cuando la voluntad obedece a otra voluntad (Rancière 2018, 36). Pero, si a la vez hay un proceso de embrutecimiento y la voluntad, así como la inteligencia, coinciden con la del otro, entonces estamos frente a la “des-responsabilización”, pues el sujeto que ocupa el lugar del inferior no ejerce su capacidad ética, de pensamiento, su inteligencia o ni siquiera importa que sea capaz de verificar la verdad o falsedad del mandato, sino que como ejecutor es el querer y decidir del otro lo que define su acción.

La condición de no asumir la responsabilidad, debido a la obediencia o al deber de obedecer, ha sido analizada por diferentes autores. Arendt (2014; 2007; 2002), por ejemplo, ha propuesto el concepto de *banalidad del mal*. Con este hecho “fáctico” registra un nuevo tipo de criminal que no es impulsado por bajos motivos de causar daño; por lo contrario, lejos de ser un monstruo, pues no es ningún perverso ni un sádico, resulta “terrible y terroríficamente” normal y realiza sus crímenes en circunstancias que casi le impiden saber o intuir que cometen actos de maldad. Por tanto, es incapaz de distinguir entre el bien y el mal. De hecho, la nota distintiva de esta banalidad es la superficialidad en la que se ve anulada la capacidad de pensamiento. En palabras llanas, la banalidad indica la irreflexión de saber qué es lo que se hace y –como Arendt afirma- “tal alejamiento de la realidad y tal irreflexión pueden causar más daño que todos los malos instintos inherentes, quizá, a la naturaleza humana” (Arendt H. 2014, 418).

Onfray, en la discusión que mantiene con Arendt acerca de la calidad como kantiano de Eichmann, señala que el deber de la obediencia no implica la revisión del contenido del mandato. Es así que en la pieza teatral que desarrolla este filósofo pone el siguiente argumento en acto: “Me daban órdenes; yo tenía que obedecerlas. No tenía que examinar su legitimidad[...]” (Onfray 2009, 53).

Empero, en nuestro caso dicha des-responsabilización no sólo implica el deber de la obediencia o que la voluntad del uno coincida con la del otro y, con ello,

quien obedece se imagine libre de responsabilidad. Esto no podría ser posible sin un embrutecimiento que confirme y haga creer tanto al gobernante como al gobernado la incapacidad e irracionalidad del segundo y la “necesidad” de que su inteligencia también coincida con la del primero. Rancière resalta que lo mismo que embrutece a los “inferiores” simultáneamente lo hace con los “superiores”, pues al no verificar la igualdad de inteligencias con aquel a quien se dirige la “mente superior” se condena a no ser escuchada por los “inferiores” (Rancière 2018). Se desresponsabiliza cuando al ajustar la voluntad y la inteligencia a la voluntad e inteligencia de un “superior” o a algún “fin superior”, el “inferior” y el “superior” suponen que el desigual sólo tiene como *deber* obedecer -ejecutar-, no saber, como tampoco comprender el contenido del mandato. Gros (2019) -quien diferencia la irresponsabilidad de la desresponsabilidad<sup>97</sup>- refiere que existe un nudo que ata la obediencia con la desresponsabilidad, donde se deja de ser responsable como parte de aceptar que deciden por ellos y así se priva de libertad a quienes son incapaces de ella. Esto, por supuesto que tiene como consecuencia que el sometido, que ha interiorizado la servidumbre y obedece ciegamente, no sabe nada de la finalidad, el destino, el propósito o el sentido del mandato. Dice Gros (2019), que ejecuta y actúa sin intención propia, por cuenta y para provecho de otro; por deseo, por decisión, bajo la responsabilidad del otro. No requiere ejercer su capacidad de pensamiento, crítica, juicio o cuestionar el mandato, sólo le queda obedecerlo. Es la clausura de la posibilidad de volver sobre sí del ser razonable.

Para Milgram (2005; 2016) el hecho más común de la sociedad moderna es la fragmentación del acto humano que significa la evaporación de la responsabilidad en quien obedece. La obediencia, para este autor, consiste en el hecho de que una persona viene a considerarse a sí misma como un instrumento que ejecuta los deseos de otra persona, y que por lo mismo no se tiene a sí misma como responsable de sus actos. Con ello, la responsabilidad la ubica en una

---

97 Gros entiende la irresponsabilidad como la incapacidad de tomar una decisión y como una actitud negligente; en cambio, la desresponsabilidad es definida como “obrar, ejecutar, cumplir con la seguridad de que, en todo lo que hago, el yo no interviene, yo no soy autor de nada de lo que hace el cuerpo, de lo que calcula la mente” (2019, 93).

autoridad “legítima”. Quien obedece, únicamente cumple con su deber. Este psicólogo desarrolló la categoría “estado agéntico” para describir esta situación, pues es la condición en la que se encuentra una persona cuando se considera a sí mismo como un agente que ejecuta los deseos de otra persona. Como consecuencia -para Milgram- hay una pérdida de responsabilidad, en la que los hombres se sienten responsables frente a la autoridad, pero no sienten responsabilidad alguna respecto al contenido de las acciones prescritas por la autoridad.

Agamben (2012b) en la “liturgia” (que entiende como un performativo que indica la acción pública) observa que, para mantener su validez, a pesar de la calidad moral del ejecutante, operó una cesura entre la efectividad-realización del acto y la moralidad subjetiva mediante la cual el agente realiza la acción. Con ello se dio paso a la ruptura del vínculo ético entre el sujeto y sus acciones. Para este autor, dicho *officium* ha influenciado en el oficio civil, principalmente en el sentido de que el agente es en cuanto asume el deber de realizar la obra que lo trasciende. Entonces, el *paciente*, ese individuo que está sujeto a la orden médica, debe cumplir una orden, pero únicamente es paciente en tanto cumple tal orden. Aquí su ser se indetermina con la acción. Ser y hacer entran en una zona de indeterminación que se convierte en un *deber ser*. Lo anterior es muy claro en la descripción que elabora Canetti (2000) del soldado frente a la orden y que resulta similar a lo que se espera que sea el paciente médico. El soldado- señala Canetti- actúa sólo por el mandato; se priva de sus deseos. Jamás se halla en encrucijadas, no decide cuál camino ha de tomar, su vida está restringida por todos lados por la orden que recibe. En este sentido no es responsable. Su responsabilidad está subordinada al mandatario y anula la responsabilidad del sujeto; de la capacidad de responder donde debe responder de sí, de los propios actos y de los pensamientos; de responder al otro y ante el otro, clausura la posibilidad de decir “yo”. El soldado está dispuesto a sacrificar sus propia subjetividad y en la medida que lo hace es soldado. Siempre está a la espera de órdenes. El momento vital en su existencia -dice Canetti- es el de la posición de atención y disposición ante las órdenes de su superior. El soldado, entonces, no sólo cumple con su deber, sino que este deber define su ser.

El *deber* de obedecer embrutece al desresponsabilizar a un individuo que éticamente se dirige al poder, pero no a su propio saber o ética, que no cuestiona ni necesita conocer el contenido del mandato. Entonces, si se cancela la posibilidad de saber y si se es “incapaz” de juzgar el contenido del mandato y sus relaciones, podemos suponer que el imperativo embrutece. Se cumple con el “deber”, pero no es un deber ético o crítico sino uno que se hace por fe a un poder que nos recuerda que somos incapaces e inferiores. Por tal motivo el sujeto con el padecimiento, a través del proceso subjetivante del mandato, aparece como *paciente* y será responsable mientras obedece y lleva a cabo su proceso de atención a sus padecimientos crónicos acorde al mandato médico; pues no es responsable debido a su autonomía o inteligencia, sino que es responsable en la medida en que *responde de sí ante el poder*. En este sentido cumple con su deber y es reconocido como un sujeto virtuoso, aunque en esto deba sacrificar su humanidad, como en el caso del militar o del monje, y quedar sujeto a una condición de vida desnuda. Es entonces que la sumisión a la orden es vista como “virtud”, y es un acto responsable en la medida en que el sujeto responde de sí ante el poder, pero, paradójicamente, su actuar no está guiado por sus propios saberes, autónomamente, o por su capacidad ética y moral.

Entonces, podemos afirmar que la aprehensión al mandato se ve sujeta a esta condición aporética de la des-responsabilización en la que el problema es que si no se considera la igualdad no puede haber emancipación, ni cambios en la distribución sensible debido a que no coincide con el proceso subjetivante. Mantenerse únicamente en la libertad y la resistencia sería mantener el orden sólo con cambios en la relación de poder, pero no cambios en la distribución de las partes y el reconocimiento de la igualdad de las inteligencias que permite los procesos de atención emancipados. Si se piensa únicamente en la libertad se da por hecho el orden, como si hubiese igualdad, pues la desigualdad en la relación de poder sólo sería una estrategia y no una disposición de las partes. La cuestión es que en esta des-responsabilización el riesgo es que el sujeto no actúa desde una condición ética, pues no responde ante sí o ante los otros sino sólo ante su

deber de responder ante el poder; no se ejerce desde la crítica, por lo que no pone en cuestión su propio saber o creencias y tácticas de des-obediencia sino que sólo trata de ajustar el mandato a sus formas de vida y propios saberes; no se hace desde la inteligencia (pues su inteligencia queda adherida a la del facultativo) y su condición de igualdad y el ejercicio de sus facultades se ve impedida; y no se hace desde el saber, pues no cuestiona el hecho de ser excluido de las deliberaciones, sentido, metas y conocimientos que sustentan el mandato y acepta su deber de obedecer convirtiéndose en un simple ejecutor del mandato. El sujeto así actúa de manera irreflexiva y banal.

Es preciso señalar que la intención de este trabajo no es denostar la práctica médica, ni sus saberes y tecnologías de gobierno. El objetivo ha sido comprender y describir la contradicción y limitaciones en la que opera el proceso de atención dentro de la actual racionalidad biomédica. Tampoco se ha pretendido elaborar una apología de la desobediencia como si en cada caso fuese un acto de resistencia o subjetivación política. Como Fromm (1984) afirmaba, no toda desobediencia es una virtud y toda obediencia un vicio; y si las personas sólo pueden obedecer y no desobedecer, son esclavos, pero si sólo puede desobedecer y no obedecer es un rebelde, pero no un revolucionario. Lo anterior debe permitirnos reconocer que la condición de ejercicio de la resistencia se encuentra en la subjetivación debido a que cuando las “forma de trabajar sobre sí” implican una dimensión ética, y no sólo moral, es siempre una pregunta por la libertad y la igualdad. Lo cual hay que advertir es importante en la medida en que la resistencia no puede ser limitada a simples actos de rechazo o desobediencia; sin la pregunta ética y una subjetivación política difícilmente atendemos a actos de resistencia. En este caso, si bien los sujetos pueden adherir su voluntad a las prescripciones médicas en la medida en que mantengan independiente su capacidad de pensamiento, ética, crítica e inteligencia en un orden sensible igualitario es que puede elegir entre obedecer y resistir. Como Revel (2013) considera, hay que llevar la emancipación más allá de un proceso de liberación y, en cambio, referirla como un proceso de constitución. En otras palabras, no sólo se trata de la oposición a las formas de desigualdad y sometimiento sino de una reconfiguración subjetiva. Para Foucault, “una razón sólo



tiene efectos de emancipación a condición de que logre liberarse de sí misma” (2009b, 46). En este coincide con Rancière (2010), pues la emancipación la entiende como las distorsiones del orden que impone la distribución de las partes: que separa, decide y organiza. Dicha emancipación implica maneras imprevisibles con las que los agentes sometidos al orden renegocian sus subjetividades.

La intención ha sido ofrecer una propuesta basada en principios políticos y críticos que permitan generar un campo de discusión acerca de la necesidad de procesos de atención emancipatorios. Procesos que se asienten en la ruptura de la desigualdad caracterizada en el orden sensible de la biomedicina. Esto es relevante porque las actuales formas y órdenes de gobierno biomédico se sustentan en relaciones desiguales; con enfoque predominantemente biologicistas, medicalizantes, ahistórico y arrelacionales; con tendencia a subalternizar otros saberes o incluso excluirlos; indiferente a las condicionantes sociales, culturales y económicas de las personas con el padecimiento; que tiene como meta la normalización y regulación de los procesos vitales entendidos como riesgos; que ha tomado a la vida como objeto de gobierno y administración reduciéndola a su mera dimensión biológica. Una biomedicina que, de esta manera, al enlazar formas de saber, poder y subjetivaciones ha buscado gobernar a los sujetos.

Entonces, el hecho es que este enfoque es político, pues descoloca el supuesto orden normal de la dominación; cuestiona la distribución de los que pueden hablar, ser vistos y escuchados; cuestiona la “naturalidad” de los títulos que legitiman el gobierno. En otras palabras, cuestiona y rechaza el principio de desigualdad como fundamento del orden social y su gobierno al cuestionar los principios que ordenan y que atribuyen cierta calificación ejercida por aquellos que la poseen sobre los que supuestamente no la poseen. Se apuesta por un proyecto *disidente* que cuestiona la lógica que cuenta la repartición de las partes de la comunidad y que pone de manifiesto aquello que no tenía razón de ser visto. Es crítica en el sentido de que cuestiona y analiza las verdades, los mecanismos de poder y los procesos subjetivantes establecidos que ordenan la práctica biomédica; no sólo los rechaza. Como refiere Foucault (2008), la crítica no se trata de rebelarse

contra una forma de poder, denunciar a la razón en general, ni se satisface con denunciar la violencia o criticar una institución. Lo que es preciso es poner en tela de juicio la forma de la racionalidad; es decir, preguntarse por el *cómo* se racionalizan las formas de poder.

La crítica y la política buscan disolver la relación de desigualdad y de obediencia irreflexiva, por lo que apuestan por una atención emancipada donde, a la vez que se reconozca la igualdad de inteligencias y saberes, se fuerce la capacidad de los sujetos. Que permita salir de la “normal” distancia embrutecedora que verifica la incapacidad de la persona con el padecimiento; pretende una ruptura en el acuerdo de las divisiones en las disposiciones de los saberes y prácticas que definen las formas de estar juntos. Pero cabe decir, que estos procesos emancipatorios no podrán ser posibles si no se atienden las violencias estructurales y aquello que no permita el pleno ejercicio del derecho a la salud de las personas. Para Braidoti (2015), por ejemplo, en el capitalismo avanzado actual, mediante movimientos esquizofrénicos e internamente contradictorios, se impone la ideología del *fitness*, la salud, la eterna juventud y, al mismo paso, el aumento de las desigualdades sociales. En esto coincide Castro (2010), pues considera que en el neoliberalismo el sujeto enfrenta la antinomia de la libertad, pues, por una parte, el sujeto disfruta las posibilidades de elección, pero, al tiempo, sufre la indeterminación, precariedad e inestabilidad que implican las formas de concebir lo social como un hecho individualizado y donde el sujeto debe gestionar sus propios recursos y protección a sí mismo. Ante esto, debemos considerar que, si “los riesgos se multiplican hasta el infinito y si el individuo está solo para hacerles frente, es al individuo privado, privatizado, al que le corresponde *asegurarse a sí mismo*,<sup>98</sup> si puede” (Castel 2013, 83).

Finalmente, es importante reconocer que este trabajo ha presentado limitaciones. Una de las más importantes es que hizo falta más trabajo en el espacio clínico y observar la manera en cómo se ejercía el mandato. Es necesario ampliar

---

98 Subrayado en el original.

el análisis de la relación costo-efectividad en la racionalidad biomédica y sus efectos en la priorización y acciones de atención a las enfermedades crónicas. Incluso, habrá que reconocer que por las condiciones de espacio se han dejado fuera temas como la tanatopolítica, la procedencia de la persona mayor, la representación social de la enfermedades crónica y el envejecimiento, el cuidado familiar prolongado como parte de la responsabilización que corresponde a la racionalidad neoliberal, las condicionantes como la productividad exigida a los médicos y la reducción del tiempo en las consultas, la relación entre el autocuidado y los intereses del mercado en especial de las empresas que producen bebidas y alimentos procesados.

En este punto es relevante proponer investigaciones acerca de las racionalidades económicas y financieras en relación a la atención de la vejez y las enfermedades no transmisibles, pues -como Beck (2006) entendía- la lógica capitalista aprovecha económicamente los riesgos. Este es el caso del “riesgo” de la vejez y de las enfermedades crónicas. Así es que, en estos casos, la ganancia económica del riesgo no sólo gira en torno a un mercado que ofrece evitar los “efectos de la edad”, sino que cada vez aparece todo un mercado de servicios asistenciales, de cuidados y sanitarios dirigidos a este grupo de personas mayores. Pero, el campo más acuciante de esta ganancia económica se encuentra en el desarrollo de la medicalización de los padecimientos a través de tratamientos farmacológicos, con obvios intereses financieros de la industria farmacéutica. En esta lógica, en la que la salud y la vida se han hecho centrales para los intereses del mercado, la biopolítica cada vez tiene una relación más estrecha con el capital y la economía. Por ejemplo, Rabinow y Rose (2006) observaban que la biopolítica, al enfocarse en los procesos vitales y de salud, involucra el desarrollo y la maximización de los objetivos de los mercados farmacéuticos en campañas de prevención y concientización de las enfermedades y su control en nombre de maximizar la calidad de vida de los individuos. Así es que, por ejemplo, Serena (2013) ha encontrado que al ir modificándose los valores de laboratorio para diagnosticar la diabetes y la hipertensión, se ha aumentado de forma significativa el número de pacientes clasificados como pre-diabéticos y pre-hipertensos. El resultado ha sido la creación de importantes cantidades de nuevos clientes cautivos

para los medicamentos, pues para evitar el riesgo de enfermar se aumenta la medicalización de estos problemas de salud. Otro ejemplo se encuentra en las afirmaciones de Jason Karlawish, profesor del Departamento de Medicina de la Perelman School of Medicine de la Universidad de Pensilvania en Estados Unidos, quien señala que más de la mitad de los adultos mayores de 65 años están tomando cinco o más medicamentos con receta, medicamentos de venta libre o suplementos dietéticos, muchos de los cuales no están diseñados para tratar el padecimiento agudo, sino para reducir las posibilidades de un futuro malestar. Para este investigador, el envejecimiento, en el siglo XXI, está directamente relacionado con la noción de riesgos en la salud basados en cálculos económicos, por lo que cada vez se prescriben más fármacos (Karlawish 2014). El resultado ha sido una inflación diagnóstica y de prescripción de medicamentos. Lo anterior, también nos conduce a preguntarnos acerca de la influencia de las farmacéuticas en la formación médica y en las rescrpciones que estos elaboran.

Por último, sólo me queda agradecer la lectura y discusión con estas formas de ver al mandato y el proceso de atención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abenshushan, Vivian. 2021. *Escritos para desocupados*. Oaxaca de Juárez: Surplus ediciones.
- Aflalo, Agnès. 2011. *Subjetividades modernas y lucha de los cuerpos*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Agamben, Giorgio. 1998. *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.
- . 2005. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*. Valencia. 3ª ed.: Pre-Textos.
- . 2007. *Lo abierto*. 2ª ed. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- . 2008. *El reino y la Gloria. Por una genealogía teológica de la economía y el gobierno*. Valencia: Pre-Textos.
- . 2010. *Medios sin fin. Notas sobre la política*. 2ª ed. Valencia: Pre-Textos.
- . 2010b. *Estado de Excepción. Homo Sacer, II, 1*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- . 2010c. *El sacramento del lenguaje. Arqueología del juramento. Homo sacer, II, 3*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- . 2011. *Desnudez*. Barcelona: Anagrama.
- . 2012. *Opus Dei. Arqueología del oficio. Homo sacer, II,5*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- . 2012b. *Teología y lenguaje. Del poder de Dios al juego de los niños*. Buenos Aires: Los Cuarenta.
- . 2014. *Altísima Pobreza. Reglas monásticas y forma de vida. Homo sacer IV, 1*. Valencia: Pre-Textos.
- . 2017. *El uso de los cuerpos: homo sacer IV,2*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora.
- Agudelo, Marcela, Luis Gutiérrez, Catalina Murillo, y Liliana Giraldo. 2017. «Hospitalizaciones y muertes evitables por condiciones sensibles a atención primaria en salud. México, 2005-2014.» En *La situación demográfica en México 2016*, de CONAPO, 13-32. México: Conapo.
- Alikari, Victoria, y Sofía Zyga. 2014. «Conceptual analysis of patient compliance in treatment.» *Health Science Journal* 8 (2): 179-186.
- Amuchástegui, Ana, y Azucena Ojeda. 2018. «Mi medicación es mi mejor amigo. Mujeres, VIH y tratamiento antirretroviral en México: una relación pastoral.» En *Mujeres y VIH en México. Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud*, de Ana (Coord.) Amuchástegui, 119-148. México: UAM-X.
- Arendt, Hanna. 2002. *La vida del espíritu*. Barcelona: Paidós.
- . 2005. *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- . 2007. *Responsabilidad y juicio*. Traducido por Miguel Caudel. Barcelona: Paidós.
- . 2014. *Eichmann en Jerusalén*. 11ª ed. Barcelona: Debolsillo.
- . 2015. *Crisis de la República*. Buenos Aires: El Cuenco de Plata.

- . 2020. *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. México: Austral.
- Ariès, Phillipe. 2000. *Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: Acantilado.
- Aristóteles. 1967. *Política*. México: Porrúa.
- . 1971. *Moral a Nicómaco*. México: Editorial Nacional.
- Arney, William, y Bergen Bernard. 1983. «The anomaly, the chronic patient and the play of medical power.» *Sociology of Health and Illness* 5 (1): 1-24.
- Avila, Jaqueline, Alejandra Michaels-Obregón, y Rebeca Wong. 2020. «Envejecimiento en México: Los Adultos Más Vulnerables.» *Boletín Informativo ENASEM:20-2*. mayo. Último acceso: 2 de noviembre de 2020. [www.enasem.org](http://www.enasem.org).
- Azuara, Oliver, Mariano Bosch, Manuel Garcia-Huitrón, David Kaplan, y María Silva. 2019. *Diagnóstico del sistema de pensiones mexicano y opciones para reformarlo*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bajtín, Mijaíl. 2011. *Las fronteras del discurso*. Buenos Aires: Los Cuarenta.
- Ballinas, Víctor. 2017. «México será un país de adultos mayores en 2050; instan a estar preparados.» *La Jornada*, 18 de septiembre: 40.
- Barquera, Simón, Ismael Campos-Nonato, Carlos Aguilar-Salinas, Ruy Lopez-Ridaura, Armando Arredondo, y Juan Rivera-Dommarco. 2013. «Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy.» Último acceso: 12 de agosto de 2020. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-9-3>.
- Basto-Abreu, Ana, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, Rosalba Rojas-Martínez, Carlos Aguilar-Salinas, Nancy López-Olmedo, Vanessa De la Cruz-Góngora, Juan Rivera-Dommarco, y otros. 2020. «Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016.» *Salud Pública de México* 62 (1): 50-59.
- Bauman, Zygmunt. 2013. *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. México: Paidós.
- Bazzicalupo, Laura. 2016. *Biopolítica. Un mapa conceptual*. Traducido por Daniel García. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- Beck, Ulrich. 2006. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Surcos 25.
- Bennett, James, Gretchen Stevens, Colin Mathers, Ruth Bonita, Jürgen Rehm, Margaret Kruk, Leanne Riley, y otros. 2018. «NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress toward Sustainable Development Goal target 3.4.» *The Lancet* 392 (10152): 1072-1088.
- Bennett, James, Gretchen Stevens, Colin Mathers, Ruth Bonita, Jürgen Rehm, Margaret Kruk, Leanne Riley, y otros. 2020. «NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4.» *The Lancet* 396 (10255): 918-934.
- Berger, Peter, y Luckmann Thomas. 1968. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Berstein, Solange. 2016. «El tsunami de la longevidad: ¿está América Latina preparada?» *BID. Mejorando vidas. BLOGS.IADB.ORG*. 11 de enero. Último acceso: 10 de octubre de 2017.  
<https://blogs.iadb.org/trabajo/2016/01/11/el-tsunami-de-la-longevidad-esta-america-latina-preparada/>.
- Bertrán, Miriam, y María del Carmen Sánchez. 2009. «Continuidades en la estigmatización social del cuerpo. Una comparación entre la lepra y la obesidad.» *Tramas* (32): 147-168.
- Blackwell, Barry. 1992. «Compliance.» *Psychotherapy and Psychosomatics* 58 (3-4): 161-169.
- Bourdieu, Pierre. 2011. *Cuestiones sociológicas*. Madrid: Akal-Istmo.
- Bourgois, Phillipe. 2010. *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Traducido por Fernando Castillo. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braidotti, Rosi. 2015. *Lo Posthumano*. Barcelona: Gedisa.
- Brown, Marie, y Jennifer Busell. 2011. «Medication adherence: WHO cares?» *Mayo Clinic Proceedings* 86 (4): 304-314.
- Browne, Jessica, Adriana Ventura, Kylie Mosely, y Jane Speigh. 2013. «'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes.» *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2013-003384.
- Buitrago, Francisco. 2011. «Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!» *Atención Primaria* 43 (7): 343-344.
- Bury, Michael. 1982. «Chronic illness as biographical disruption.» *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167-182.
- Bury, Michael. 2001. «Illness narrative: fact or fiction?» *Sociology of health and sickness* 23 (3): 263-285.
- Butler, Judith. 2006. *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- . 2010. *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.
- Campos-Nonato, Ismael, Lucía Hernández-Barrera, Alejandra Flores-Coria, Enrique Gómez-Álvarez, y Simón Barquera. 2019. «Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k.» *Salud Pública de México* 61 (6): 888-897.
- Camus, Albert. 2012. *El mito de Sísifo*. 3a. Traducido por Esther Benítez. Madrid: Alianza Editorial.
- Canetti, Elias. 2000. *Masa y Poder*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cañedo, Roberto, Dirce Guilhem, y Katia Brito. 2013. «Paternalismo médico.» *Revista Médica Electrónica*. Vol. 35. nº 2. 144-152.
- Carvalho, Sergio, Henrique Resende, y Cathana Sater de Oliveira. 2019. «The government of conduct and the risk of risk in health.» *Interface*. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100151&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832019000100151&script=sci_arttext&tlng=en).

- Castel, Robert. 2013. *La inseguridad social*. 5ª ed. Traducido por Viviana Ackerman. Buenos Aires: Manantial.
- Castiel, Luis, y Carlos Álvarez-Dardet. 2010. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castoriadis, Cornelius. 2013. *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Tusquets editores.
- Castro-Gómez, Santiago. 2010. *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre editores-Pontificia Universidad Javeriana-Instituto Pensar-Universidad Santo Tomás de Aquino.
- Castro, Arachu, y Paul Farmer. 2005. «El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití.» *Revista de antropología social* (14): 125-144.
- Castro, Arachu, y Paul Farmer. 2003. «El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima.» *Cuadernos de Antropología Social* (17): 29-47.
- Castro, Edgardo. 2014. *Introducción a Foucault*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castro, Edgardo. 2016. «Un inmenso bullir de rastros.» En *El origen de la hermenéutica de sí: Conferencias de Darmouth, 1980.*, de Michel Foucault, 7-16. México: Siglo XXI.
- Castro, Rodrigo. 2010. «Neoliberalismo y gobierno de la vida.» En *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y Capitalismo*, de Sonia Arribas, Germán Cano y Javier Ugarte, 63-84. Madrid: CSIC-Los Libros de la Catarata.
- CENAPRECE. 2016. «Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016.» *CENAPRECE. Declaratorias Emergentes*. 14 de noviembre. Último acceso: 15 de noviembre de 2016.  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/DeclaratoriaEmergenciaEpidemiologicaEE-3-16.pdf>.
- . 2016b. «Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016.» *CENAPRECE. Declaratorias Emergentes*. 14 de noviembre. Último acceso: 15 de noviembre de 2016.  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/DeclaratoriaEmergenciaEpidemiologicaEE-4-16.pdf>.
- . 2018. «Ratificación de la declaratoria de Emergencia epidemiológica EE-5-2018.» *Declaratorias de Emergencia*. 14 de febrero. Último acceso: 20 de agosto de 2018.  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/1371.pdf>.
- . 2018b. «Ratificación de declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-6-2018.» *Declaratorias de Emergencia Epidemiológica*. 15 de febrero.  
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/1370.pdf>.
- Cerecedo, María, Margarita Tovar, y Aurora Rozadilla. 2013. «Medicalización de la vida. "Etiquetas de enfermedad: todo un negocio".» *Atención Primaria* 45 (8): 434-438.
- Chakrabarti, Subho. 2014. «What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders.» *World Journal of Psychiatry* 4 (2): 30-36.



- Chapple, A, S Ziebland, y A McPherson . 2004. «Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study.» *BMJ* 328 (7454): 1470.
- Chignola, Sandro. 2013. «A la sombra del Estado. Governance. Gubernamentalidad. Gobierno.» En *Política y subjetividad en tiempos de governance*, de César Altamira, 401-431. Buenos Aires: Waldhunter Editores.
- . 2018. *Foucault más allá de Foucault: una política de la filosofía*. Buenos Aires: Cactus.
- Chignola, Sandro, y Sandro Mezzadra. 2013. «Fuera de la pura política. El laboratorio global de la subjetividad.» En *Política y subjetividad en tiempos de governance.*, de César Alatomira, 203-234. Buenos Aires: Waldhunter editores.
- CONAPO. 2013. «Proyecciones de la población Nacional 2010-2050.» 17 de abril. Último acceso: 24 de marzo de 2014. [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_de\\_la\\_Poblacion\\_2010-2050](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_Poblacion_2010-2050).
- . 2018. «Indicadores demográficos 1950-2050.» *Conciliación demográfica de México, 1950-2015 y Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. 14 de septiembre. Último acceso: 20 de septiembre de 2018. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>.
- . 2018b. «Proyecciones de la población de México y de las Entidades Federativas, 2016- 2050 y Conciliación Demográfica de México, 1950-2015.» *Consejo Nacional de Población-Acciones y Programas*. 14 de septiembre. <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>.
- CONEVAL. 2019. *Medición de la pobreza serie 2008-2018*. 5 de agosto. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza\\_18/Pobreza\\_2018\\_CONEVAL.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_18/Pobreza_2018_CONEVAL.pdf).
- . 2020. *Pobreza y personas mayores en México*. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza\\_y\\_poblacion\\_mayor\\_Mexico.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_y_poblacion_mayor_Mexico.pdf).
- . 2021. *Medición multidimensional de la pobreza en México*. 5 de agosto. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP\\_2018\\_2020/Pobreza\\_multidimensional\\_2018\\_2020\\_CONEVAL.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Pobreza_multidimensional_2018_2020_CONEVAL.pdf).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2021. «Diario Oficial de la Federación.» 28 de mayo. Último acceso: 22 de enero de 2022. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>.
- CONSAR. 2017. «¿Quiénes y cuántos mexicanos tienen acceso a una pensión?» *gob.mx*. 14 de noviembre. Último acceso: 18 de enero de 2018. <https://www.gob.mx/consar/articulos/quienes-y-cuantos-mexicanos-tienen-acceso-a-una-pension?idiom=es>.
- Consejo de Salubridad General. 2020. «Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Versión 1.» *Laboratorio de Genética Molecular*. 9 de mayo. [https://laurieximenez.files.wordpress.com/2020/04/1-guia\\_bioetica\\_final\\_10\\_abril2020\\_v1.pdf](https://laurieximenez.files.wordpress.com/2020/04/1-guia_bioetica_final_10_abril2020_v1.pdf).

- Consejo de Salubridad General. 2020b. «Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia». Obtenido de Consejo de Salubridad General: [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/GuiaBioeticaTriage\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf)
- Cruz, Antimio. 2013. «La historia de cómo kilo a kilo México se volvió líder en obesidad.» *Expansión*. 12 de julio. <http://expansion.mx/salud/2013/07/12/la-historia-de-como-kilo-tras-kilo-mexico-se-volvio-lider-en-obesidad>.
- Cutler, Rachele, Fernando Fernandez-Llimos, Michael Frommer, Charlie Benrimoj, y Victoria Garcia-Cardenas. 2018. «Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review.» *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e016982>.
- D' Hyver, Carlos. 2006. «Proceso de envejecimiento.» En *Geriatría*, de Carlos D' Hyever y Luis Gutiérrez, 15-32. México: El Manual Moderno.
- De Beauvoir, Simone. 1983. *La vejez*. México: Editorial Hermes.
- . 1983b. *Una muerte muy dulce*. México: Editorial Hermes.
- . 2017. *La ceremonia del adiós. Un tributo a Jean-Paul Sartre*. México: Penguin Random House Grupo Editorial.
- De Certeau, Michel. 1996. *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*. Vol. 1. México: Universidad Iberoamericana-Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
- De Certeau, Michel, y Luce Girard. 2000. *La invención de lo cotidiano 2. Habitar, cocinar*. México: Universidad Iberoamericana-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Dean, Mitchell. 2010. *Governmentality, Power and Rule in Modern Society*. 2a. London: SAGE.
- De Lagasnerie, Geoffroy. 2015. *La última lección de Michel Foucault. Sobre el neoliberalismo, la teoría y la política*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Del Monaco, Romina. 2013. «Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña.» *Salud Colectiva* 9 (1): 65-78.
- Deleuze, Gilles. 2014. *Conversaciones*. 5a. Valencia: Pre-Textos.
- . 2016. *Foucault*. México: Paidós.
- Derrida, Jacques. 2006. *Dar la muerte*. Traducido por Cristina de Peretti y Paco Vidarte. Barcelona: Paidós.
- Dilla, Tatiana, Valladares Amparo, José Sacristán, y Luis Liza. 2009. «Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora.» *Atención Primaria* 42 (6): 342-348.
- Dobbs, Debra, y otros. (2008) «An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living.» *The Gerontologist*. Vol. 48, No 4: 517-525.
- DOF. (23 de agosto de 1984). «Programa Nacional de Salud 1984-1988». Obtenido de Secretaria de Gobernación/Diario Oficial de la Federación: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984)

- . (31 de mayo de 1989). «Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994». Obtenido de Secretaria de Gobernación/Diario Oficial de la Federación:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4684764&fecha=23/08/1984)
- . (11 de marzo de 1996). «Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000». Obtenido de Secretaria de Gobernación/Diario Oficial de la Federación:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996)
- Domínguez, Ana. 2017. «Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género.» *Salud Colectiva* 13 (3): 375-390.
- Dworkin, Gerald. 1972. «Paternalism.» *The Monist* 56 (1): 64-84.
- Egger, Garry, y John Dixon. 2014. *Beyond Obesity and Lifestyle: A review of 21st Century Chronic Disease Determinants*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24804239/>.
- Espósito, Roberto. 2009. *Immunitas: Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Espósito, Roberto. 2009b. *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- . 2011. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Facebook. 2017. «A ver mi pacientitos... los medicos no podemos curar todo.» 7 de agosto.
- Feldman, Allan. 1991. *Formations of Violence. The narrative of the body and political terror in Northern Ireland*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Fernández, Rocío. 2000. «Gerontología Social. Una introducción.» En *Gerontología Social*, de Rocío (coord.) Fernández, 31-54. Madrid: Pirámide.
- Flores-Hernández, Sergio, Omar Acosta-Ruiz, María Hernández-Serrato, Sheila Delgado-Rodríguez, y Hortensia Reyes-Morales. 2020. «Calidad de la atención en diabetes tipo 2, avances y retos de 2012 a 2018-19 para el sistema de salud de México.» *Salud Pública de México* 62 (6): 618-626.
- FMI. 2012. *Global Financial Stability Report. The Quest for lasting Stability*. Washington D.C: International Monetary Fund.
- Foucault, Michel. 1976. «Crisis de la medicina o de la antimedicina.» *Educación médica y salud* 10 (2): 152-170.
- Foucault, Michel. 1977. «Historia de la medicalización.» *Educación Médica y Salud* 11 (1): 3-25
- Foucault, Michel. 1978. «El nacimiento de la medicina social.» *Cuadernos Médico sociales*. abril. Último acceso: 20 de agosto de 2020. <https://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2019/06/n01a001.pdf>.
- Foucault, Michel. 1978b. «Incorporación del hospital en la tecnología moderna.» *Educación Médica y Salud* 12 (1): 20-35.
- Foucault, Michel. 1988. «El sujeto y el poder.» *Revista Mexicana de Sociología* 50 (3): 3-20.

- . 1997. *Ethics. Subjectivity and Truth. The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984*. Editado por Paul Rabinow. Vol. 1. New York: New York Press.
- . 1999. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales (Vol. III)*. Barcelona: Paidós.
- . 2000. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. 28a. México: Siglo XXI.
- . 2001. *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. 2a. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2002. *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. 2a. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2002b. *La hermenéutica del sujeto. Curso del Collège de France (1981-1982)*. 2a. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2003. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. 32a. México: Siglo XXI.
- . 2005. *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2006. *Sobre la Ilustración*. 2a. Madrid: Tecnos.
- . 2006b. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2007. *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2008. *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- . 2009. *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, Michel. 2009b. «La vida: la experiencia y la ciencia.» En *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida: Michel Foucault; Gilles Deleuze; Slavov Zizek*, de Fermín Rodríguez y Gabriel Georgi, 41-58. Buenos Aires: Paidós.
- . 2011. *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. 2a. México: Siglo XXI.
- . 2011b. *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- . 2012. *Lecciones sobre la voluntad de saber: Curso en el Collège de France (1970-1971) seguido de "El saber de Edipo"*. Buenos Aires: FCE.
- . 2012b. *El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- . 2016. *El origen de la Hermenéutica de Sí. Conferencias de Dartmouth, 1980*. México: Siglo XXI.
- . 2017. *La parresía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freidson, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península.

- Fricker, Miranda. 2017. *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder Editorial.
- Friedman, Lois, Catherine Barber, Jenny Chang, Tham Jee Lu, Mamta Kalidas, Mothaffar Rimawl, Mario Dulay, y Richard Elledge. 2010. «Self-balme, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting.» *Journal of cancer education* 25 (3): 343-348.
- Fromm, Erich. 1984. *Sobre la desobediencia y otros ensayos*. Buenos Aires: Paidós.
- Gaceta Parlamentaria. 2011. «Iniciativa con Proyecto de Decreto que adiciona la Fracción IX bis al Artículo 5o. de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, para la creación del Instituto Nacional De Geriátría.» Cámara de Diputados, 12 de abril.
- Gadamer, Hans-Georg. 2017. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Galende, Emiliano. 1997. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galvin, Rose. 2002. «Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: toward a genealogy or morals.» *Health* 6 (2): 107-137.
- García, Daniel. 2016. «Prólogo: Estado de derecho, capitalismo y biopolítica.» En *Biopolítica. Un mapa conceptual*, de Laura Bazzicalupo, 11-38. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- García-Peña, Carmen, y César González. 2013. «La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer.» En *Envejecimiento y Salud. Una propuesta para un plan de acción*, de Luis Gutiérrez y David Kershenobich, 205-214. México: UNAM, Coordinación de Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátría.
- Generación Elsevier. 2017. «Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación.» *ELSEVIER*. 5 de junio. Último acceso: 2 de febrero de 2018.  
<https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/tipos-respuesta-motora-puntuacion-la-escala-coma-glasgow-gcs/>.
- Giorgi, Gabriel, y Fermín Rodríguez. 2009. «Prólogo.» En *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida: Michel Foucault; Gilles Deleuze; Slavoj Zizek*, de Gabriel Giorgi y Fermín (Comp.) Rodríguez, 9-34. Buenos Aires: Paidós.
- Gobierno de la República. 2013. *Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México: Secretaría de Salud.
- . 2013b. «Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud.» *Secretaría de Salud. Plan Sectorial de Salud*. Último acceso: 21 de marzo de 2016.  
[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/prosesa.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html).
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. 2018. «6to Informe de Gobierno 2017-2018.» *6to Informe de Gobierno. Anexo estadístico*. 1 de septiembre.  
<file:///C:/Users/HP/Documents/6 IG Anexo Estadístico.pdf>.

- Goffman, Erving. 2007. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2a. Buenos Aires: Amorrourtu.
- . 2009. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. 2a. Buenos Aires: Amorrourtu.
- . 2010. *Estigma: la identidad deteriorada*. 2a. Buenos Aires: Amorrourtu.
- González, C. 2013. «Los determinantes: los cambios demográficos .» En *Envejecimiento y Salud. Una propuesta para un plan de acción* , de L Gutiérrez y D Kershenobich,, 81-94. México: UNAM- Coordinación de la Investigación Científica-Academia Nacional de Medicina de México-Academia Mexicana de Cirugía-Instituto de Geriátría.
- González, F. 2000. *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- González, Sergio, Alina González, y Alejandra Chickris. 2018. «La transición demográfica en México.» *Cultura Científica y Tecnológica* 15 (65): 61-74.
- González-Pier, Eduardo, Cristina Gutiérrez-Delgado, Gretchen Stevens, Mariana Barraza-Lloréns, Raúl Porras-Condey, Natalie Carvalho, Kristen Loncich, y otros. 2007. «Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.» *Salud Pública de México* 49 (1): 37-52.
- González-González, César, Alberto Palloni, y Rebeca Wong. 2015. «Mortality and its association with chronic and infectious diseases in Mexico. A panel data analysis of the elderly.» *Salud Pública de México* 57 (suplemento 1): S39-S45.
- Global Credit Research. 2014. *Moody's: Aging will reduce economic growth worldwide in the next two decades*. 6 de agosto. [https://www.moody's.com/research/Moodys-Aging-will-reduce-economic-growth-worldwide-in-the-next--PR\\_305951?WT.mc\\_id=NLTITLE\\_YYYYMMDD\\_PR\\_305951](https://www.moody's.com/research/Moodys-Aging-will-reduce-economic-growth-worldwide-in-the-next--PR_305951?WT.mc_id=NLTITLE_YYYYMMDD_PR_305951).
- Gros, Frédéric. 2019. *Desobedecer*. México: Taurus.
- Gutiérrez , Luis Miguel. 1994. «Concepción holística del envejecimiento .» En *La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa*, de Elías Anzola , David Galinsky, Fernando Morales, Aquiles Salas y Melba Sánchez, 34-41. Washington: OPS/OMS.
- Gutiérrez, Luis, Marcela Agudelo, Raúl Medina, y Liliana Giraldo. 2016. *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: INGER.
- Ham Chande, Roberto. 2010. «Envejecimiento de la población: Implicaciones sociales y políticas, impacto en la salud y desafíos para los sistemas.» En *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología*, de Luis Gutiérrez y Jesús Gutiérrez, 127-140. México: INGER-Secretaría de Salud.
- Ham-Chande, Roberto. 2011. «Diagnóstico Socio-demográfico del envejecimiento en México.» En *La situación demográfica en México 2011*, de CONAPO, 141-156. México: CONAPO.

- Han, Byung-Chul. 2012. *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- . 2013. *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
- . 2014. *Psicopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- . 2014b. *La agonía del Eros*. Barcelona: Herder Editorial.
- . 2016. *Topología de la violencia*. Barcelona: Herder.
- . 2016b. *Sobre el poder*. Herder: Barcelona.
- . 2021. *La sociedad paliativa*. Barcelona: Herder.
- He, Wan, Daniel Goodkind, y Paul Kowal. 2016. *An Aging World: 2015. International Population Reports*. Washington D.C.: United States Census Bureau.
- HelpAge International. 2015. «Global Age Watch Index. AgeWatch Report Card. Mexico.» *Commentary on Mexico's domain ranks in the 2015 Global AgeWatch Index*. Último acceso: 26 de septiembre de 2015. <file:///C:/Users/Optiplex/Downloads/Mexico%20country%20commentary.pdf>.
- Hernández, M, R López, y S Valverde. 2013. «La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. .» En *La situación demográfica en México, 2013*, de CONAPO, 11-20. México: CONAPO.
- Hobsbawn, Eric. 1996. «La política de la identidad y la izquierda .» *Nexos*. 1 de agosto. Último acceso: 2 de agosto de 2020. <https://www.nexos.com.mx/?p=7931>.
- Horne, Rob, John Weinman, Nick Barber, y Rachel Elliot. 2005. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service and Organisation R & D*. Brighton: NCCSDO.
- Huenchuan, Sandra, y Rosa Rodríguez. 2015. *Acceso de las personas mayores al crédito Pensión Alimentaria y derechos conexos en la Ciudad de México*. México: CEPAL-SEDESO.
- Iacub, Ricardo. 2011. *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Illouz, Eva. 2014. *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica*. 2a. Madrid: Katz.
- INEGI. 2020. *Esperanza de vida*. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>.
- . 2021. «Comunicado de prensa Núm. 61/21. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020.» 27 de enero. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pnles.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf).
- . 2021b. «Población total por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, serie de años censales de 1990 a 2020.» *México en cifras. Estados Unidos Mexicanos. Población*. [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion Poblacion 01\\_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion Poblacion 01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b).

- 2021c. «Índice de envejecimiento por entidad federativa, serie de años censales de 1990 a 2020.» *Datos/Población/índice de envejecimiento por entidad federativa*.  
<https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion Poblacion 05 da611615-0bef-4433-933d-d6746c924ad4>.
  - 2021d. «Censos y Conteos de población y vivienda 2020.» *INEGI-Programas*.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
  - 2021e. «Censo de Población y Vivienda 2020.» *Tabulados*. 25 de enero.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.
  - 2021f. «Panorama sociodemográfico de México: Censo de Población y Vivienda 2020. Ciudad de México.» *Censo de Población y Vivienda 2020*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/producto\\_s/nueva\\_estruc/702825197827.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/producto_s/nueva_estruc/702825197827.pdf).
- INEGI-INSP-Secretaría de Salud. 2020. «Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados.»  
[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).
- 2020b. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: INSP.
- INSP. 2016. «Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) Informe final de resultados.» *gob.mx*. 31 de octubre.  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
- International Labour Office. 2014. *Social protection for older persons : key policy trends and statistics*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Jiménez, Marco. 2019. «Violencia y biopolítica. Una lectura del Informe Mundial sobre Violencia y Salud.» En *Sociología y Biopolítica*, de Marco Jiménez y Ana (Ed.) Valle, 83-116. México: UNAM-Juan Pablo Editor.
- Jimmy, Beena, y Jimmy Jose. 2011. «Patient Medication Adherencia: Measures in Daily Practice.» *Oman Medical Journal* 26 (3): 155-159.
- Kant, Immanuel. 2012 [1784]. *Contestación a la pregunta: ¿Qué es la Ilustración?* México: Taurus.
- 2017. *En defensa de la ilustración*. Barcelona: Alba editorial.
  - 2017b. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Austral.
- Karlawish, Jason. 2014. «Too young to die, to old to worry.» *The New York Times*. 20 de septiembre.  
[http://www.nytimes.com/2014/09/21/opinion/sunday/too-young-to-die-too-old-to-worry.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2014/09/21/opinion/sunday/too-young-to-die-too-old-to-worry.html?_r=0).
- Kierkegaard, Sören. 2015. *Temor y temblor*. 3a. México: Fontamara.



- Kinsella, Kevin. 1994. «Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe .» En *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*, de P.E Galinsky , MF Morales , A Salas y AM Sánchez , 3-18. Washington: OPS/OMS.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry* . Berkeley: University of California Press.
- Lahire, Bernard. 2006. *El espíritu sociológico*. Buenos Aires: Manantial.
- Laski, Harold. 2011. *Los peligros de la obediencia*. Madrid: Sequitur.
- Lazzarato , Maurizio. 2019. *La fábrica del hombre endeudado. Ensayo sobre la condición neoliberal*. Buenos Aires: Amorrourtu.
- Le Breton, David. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Lemke, Thomas. 2001. «The birth of bio-Politics. Michel Foucault's Lecture at the Collège de France on Neo-Liberal Governmentality.» *Economy and society* 30 (2): 190-207.
- Lemke, Thomas. 2002. «Foucault, Governmentality, and Critique.» *Rethinking Marxism* 14 (3): 49-64.
- . 2017. *Introducción a la biopolítica*. México: FCE.
- Lock, Margaret, y Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Logan, Alan, Susan Prescott, y David Katz. 2019. «Golden Age of Medicine 2.0: Lifestyle Medicine and Planetary Health Prioritized.» *Journal of Lifestyle Medicine* 9 (2): 75-91.
- López, Pablo. 2010. «Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: acción política y gestión de la vida en el último Foucault.» En *Hacer vivir y dejar morir. Biopolítica y capitalismo.*, de Sonia Arribas, Germán Cano y Javier (Coord.) Ugarte, 39-62. Madrid: CSIC-Libros de la Catarata.
- López, Oliva, Sergio López, y Alejandra Moreno. 2015. «El derecho a la salud en México.» En *Derecho a la Salud en México*, de Oliva López y Sergio López, 51-82. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- López, Oliva, y Sergio López. 2015. «Presentación.» En *Derecho a la Salud en México*, de Oliva López y Sergio López, 11-14. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lorey, Isabell. 2008. «. obre la normalización de los productores y las productoras culturales. Gubernamentalidad y precarización de sí.» En *Producción Cultural y prácticas instituyentes. Líneas de ruptura en la crítica institucional*, de Transform, 57-78. Madrid: Traficantes de sueños.
- Lloyd-Sherlock, Peter. 2014. *Blog Gente Saludable de la División de Protección Social y Salud del BID*. 30 de julio. Último acceso: 2015. <http://blogs.iadb.org/salud/2014/07/30/hipertension/>.
- Lloyd-Sherlock, Peter. 2015. «A premature mortality target for the SDG for health is ageist.» *The Lancet*. Vol. 385. No. 9983 2147-2148.
- Lozano, Rafael. 2019. «Proyecciones de las causas de muerte en México 1990-2040.» En *La situación demográfica en México*, de CONAPO, 59-72. México: CONAPO.

- Luhmann, Niklas. 2005. *Confianza*. Traducido por Amada Flores. Barcelona: Anthropos Editorial- Universidad Iberoamericana- Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- López, Pablo. 2010. «Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: acción política y gestión de la vida en el último Foucault.» En *Hacer vivir y dejar morir. Biopolítica y capitalismo.*, de Sonia Arribas, Germán Cano y Javier (Coord.) Ugarte, 39-62. Madrid: CSIC-Libros de la Catarata.
- Liotard, Jean-François. 1999. *La diferencia*. Barcelona: Gedisa.
- . 2012. *La condición postmoderna*. 11ª ed. Traducido por Mariano Antolín. Madrid: Catedra.
- Manderson, Lenore, y Carolyn Smith-Morris. 2010. *Studies in medical Anthropology: Chronic Conditions, Fluis States: Chronicity and the Anthropolgy of Illness*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Mann, Clay. 1993. *Improving adherence behaviors with treatment regimens*. Geneve: OMS.
- Marramao, Giacomo. 2013. *Contra el poder: filosofía y escritura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Meloni, Carolina. 2010. «Más allá del biopoder: el arte de la existencia.» En *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y Capitalismo.*, de Sonia Arribas, Germán Cano y Javier (Coord) Ugarte, 15-38. Madrid: CSIC-Libros de la Catarata .
- Mendiola, Ignacio. 2009. «La biopolítica como un pensar fronterizo.» En *Rastros y rostros de la biopolítica*, de Ignacio Mendiola, 223-246. Barcelona: Anthropos editorial.
- Mendoza, Zuanilda. 2011. *De lo biomédico a lo popular: el proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca, México*. México: UNAM/Programa Universitario México Nación Multicultural- Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Menéndez, Eduardo. 1994. «La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?» *Alteridades* 4 (7): 71-83.
- Menéndez, Eduardo. 1998. «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes.» *Estudios Sociológicos* 16 (46): 37-67.
- . 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, Eduardo. 2003. «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.» *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 185-207.
- Menéndez, Eduardo. 2005. «Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales.» *Salud Colectiva* 1 (2): 195-223.
- . 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 2010. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. 2a. Rosario: Prohistoria ediciones.
- Menéndez, Eduardo. 2018. «Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos.» *Desacatos* (58): 104-113.

- Menéndez, Eduardo. 2020. «Modelo hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias.» *Salud Colectiva* 16: 1-17.
- Milgram, Stanley. 2004. «Behavioral Study of Obedience.» En *Violence in war and peace. An Anthology*, de Nancy Scheper-Hughes y Phillipe Bourgois, 145-149. Massachussets: Blackwell Publishing.
- Milgram, Stanley. 2005. «Los peligros de la obediencia.» *Polis. Revista Latinoamericana*, 11. <http://journals.openedition.org/polis/5923>.
- . 2016. *Obediencia a la autoridad. El experimento Milgram*. Madrid: Capitán Swing.
- Mill, John Stuart. 2014. *Sobre la libertad/ El utilitarismo*. Buenos Aires: Editorial Claridad.
- Moragas, Ricardo. 1991. *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Morales, J.M. 1998. *Parte II: Preparación y criterios de selección del receptor mayor*. <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-parte-ii-preparacion-criterios-seleccion-del-receptor-mayor-X0211699598024389>.
- Moreno, José. 2010. «Gubernamentalidad, biopolítica, neoliberalismo. Foucault en situación.» En *Hacer vivir, dejar morir. Biopolítica y capitalismo*, de Sonia Arribas, Germán Cano y Javier Ugarte, 85-108. Madrid: CSIC-Los libros de la Catarata.
- Morin, Edgar. 2003. *El hombre y la muerte*. 4a. Barcelona: Editorial Kairós.
- . 2007. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Moscoso, Javier. 2011. *Historia cultural del dolor*. México: Taurus.
- . 2013. «El dolor crónico en la historia.» *Revista de Estudios Sociales* (47): 170-176.
- Moulin, Anne. 2006. *El cuerpo frente a la medicina*. Vol. 3, de *Historia del cuerpo*, de Alain Corbin, Jean-Jaques Courtine y Georges Vigarello, 29-80. Madrid: Taurus.
- Nancy, Jean-Luc. 2016. *¿Por qué obedecemos?* Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Nosetto, Luciano. 2018. *Michel Foucault y la política*. Buenos Aires: NEISA-UNSAM Edita.
- NOTIMEX. 2015. «Urgen a diseñar medidas preventivas por envejecimiento de la población.» *NOTIMEX. Salud y Ciencia*. 28 de mayo. <http://www.notimex.com.mx/acciones/verNota.php?clv=291343>.
- OCDE. 2016. «Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México.» *www.gob.mx*. Editado por CONSAR. Último acceso: 5 de mayo de 2017. [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/61968/sistema\\_de\\_pensiones\\_2016.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/61968/sistema_de_pensiones_2016.pdf).
- . 2016b. «Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones 2016.» *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, 2016*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>.
- . 2019. *Health and Glance: OCDE Indicators*. Paris: OCDE Publishing.

- OCDE/The World Bank. 2020. *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OCDE Publishing.
- OMENT. 2018. «Actualización de indicadores considerados en el Sistema de Indicadores para monitorear la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). Reporte de actualización.» 31 de diciembre.  
[http://oment.salud.gob.mx/indicadores\\_descargas/reporte\\_resultados\\_oment\\_dic2018.pdf](http://oment.salud.gob.mx/indicadores_descargas/reporte_resultados_oment_dic2018.pdf).
- OMS. 2002. «Informe sobre salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana.» *Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos. Informes sobre la salud en el mundo*.  
[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1).
- . 2002b. *Active Ageing. A policy framework*. Madrid: WHO.
- . 2003. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- . 2011. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- . 2013. «Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020. Proyecto revisado y actualizado.» 15 de marzo.  
[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf).
- . 2014. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization.
- . 2014b. «Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no-transmisibles 2014.»  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1).
- . 2015. *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS.
- . 2018. *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization.
- . 2018b. «Noncommunicable diseases.» <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> fecha 1 junio 2018.
- . 2018c. «Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023. Report by the Director-General .» 5 de abril. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_4-en.pdf?ua=1or&ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1or&ua=1) .
- . 2020. «Las 10 principales causas de defunción.» 9 de diciembre. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- . 2020b. «Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.» *Organización Mundial de la Salud/Publicaciones/Visión de Conjunto*. 14 de diciembre. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true).
- . 2021. «Década de Envejecimiento Saludable 2021-2030.» *Organización Mundial de la Salud/Initiatives/Envejecimiento y ciclo de vida*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- Onfray, Michel. 2009. *El sueño de Eichmann. Precedido de Un Kantiano entre los nazis*. Barcelona: Gedisa.

- ONU. 2014. «Resolución aprobada por la Asamblea General el 10 de julio de 2014. .» *Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. 10 de julio. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/457/48/PDF/N1345748.pdf?OpenElement>.
- . 2018. «Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.» *Naciones Unidas-Asamblea General*. 3 de octubre. [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/73/L.2&Lang=Sp](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/73/L.2&Lang=Sp).
- . s/a. «Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.» *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- OPS. 2014. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington D.C.: OPS.
- . 2017. «Condiciones crónicas y enfermedades debidas a causas externas.» *Organización Panamericana de la salud*. [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t es&p=316&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=316&lang=es).
- . 2019. *Las ENT de un vistazo*. Washington D.C.: OPS.
- . 2019b. «Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030.» 27 de junio. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51391/CE164-19-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- . 2020. *Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau 2020. Saving Lives and Improving Health al Well-Being*. Washington D.C.: Pan American Health Organization.
- Ortega y Gasset, José. 2016. *La rebelión de las masas*. México: Tomo editorial.
- Osorio, Rosa. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INI-CIESAS-CONACULTA-INAH-Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana.
- Osorio, Rosa. 2007. «La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una propuesta en escena de las representaciones y prácticas sociales.» En *Introducción a la antropología de la salud*, de Mari Luz (ed.) Esteban, 151-166. Bilbao: OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.
- . 2007b. *La trayectoria del padecimiento en un grupo de enfermos reumáticos. Reflexiones y apuntes de investigación*. México: CIESAS.
- Osorio, Rosa. 2008. «La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la Ciudad de Barcelona: desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas.» En *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, de Oriol Romani, Cristina Larrea y José Fernández, 157-171. Donostia-Ankulegi Antropología Elkartea.
- Padilla, Ernesto. 2010. *Vejez, envejecimiento y derechos económicos, sociales y culturales de las personas adultas mayores en México*. México: Universidad Iberoamericana.

- Partida, Virgilio. 2005. «La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México.» *Papeles de población* (45): 9-27.
- Peeters, Rik. 2017. «Manufacturing Responsibility: The Governmentality of Behavioural Power.» *Social Policy and Society* 18 (1): 51-65.
- Platón. 2017. *Las Leyes*. 7a. México: Porrúa.
- Plaufcan, Melissa, Frederick Wamboldt, y Kristen Holm. 2012. «Behavioral and characterological self-blame in chronic obstructive pulmonary disease.» *Journal of Psychosomatic Research* 72 (1): 78-83.
- Prince, Martin, Anders Wimo, Maëlenn Guerchet, Gemma-Claire Ali, Yu-Tzu Wu, y Matthew Prinna. 2015. «Informe Mundial sobre Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. Resumen.» septiembre.  
<https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>.
- Puhl, Rebecca, y Chelsea Heuer. 2010. «Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health.» *Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health* 100 (6): 1019-1028.
- Pyysäinene, Jarkko, Darren Halpin, y Andrew Guilloyle. 2017. «Neoliberal governance and 'responsabilization' of agents: reassessing the mechanisms of responsibility-shift in neoliberal discursive environments.» *Distinction: Journal of Social Theory*. 18 (2): 215-235.
- Rabinow, Paul, y Nikolas Rose. 2006. «Biopower today.» *BioSocieties* (1): 195-217.
- Rancière, Jacques. 1996. *El desacuerdo. Política y filosofía*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Nueva Visión.
- . 2010. *La noche de los proletarios. Archivos del sueño obrero*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- . 2011. *El tiempo de la igualdad. Diálogos sobre política y estética*. Barcelona: Herder.
- . 2012. *El odio a la democracia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rancière, Jaques. 2013. «¿La democracia está por venir? (Ética y política en Derrida).» En *Derrida político*, de Ana Penchaszadeh y Emmanuel Biset, 207-211. Buenos Aires: Colihue.
- . 2018. *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Traducido por Claudia Fagaburu. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- . 2018b. *Crónicas de los tiempos consensuales*. Buenos Aires: Waldhunter Ediciones.
- . 2019. *Disenso. Ensayos sobre estética y política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2019b. *El espectador emancipado*. Buenos Aires: Manantial.
- Rancière, Jaques. s/a. «Política, identificación y subjetivación.» *Consenso Cívico*.  
[https://www.consensocivico.com.ar/uploads/555f25e93aa53-Rancière-Pol-identif%20y%20subjetivacion\(CC\).pdf](https://www.consensocivico.com.ar/uploads/555f25e93aa53-Rancière-Pol-identif%20y%20subjetivacion(CC).pdf).

- Rea, Daniela, y Pablo Ferri. 2019. *La Tropa. Por qué mata un soldado*. México: Penguin Random House.
- Recasens, Luis. 1942. «Fenomenología de Relaciones Interhumanas: I: Ensayo Sobre el Mando.» *Revista Mexicana de Sociología* 4 (2): 35-53.
- Revel, Judith. 2013. «Diagnóstico, subjetivación, común: tres caras de la emancipación, hoy.» En *Política y subjetividad en tiempos de governance*, de César Altamira, 243-256. Buenos Aires: Waldhunter editores.
- Reyes, Laureano, y Susana Villasana. 2017. «Los achaques asociados a la vejez.» En *Vejez y vulnerabilidad. Retos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes*, de Zoraida Ronzón, Felipe Vázquez y Verónica (Coords.) Murguía, 57-72. Ciudad de México: UAEM-Gedisa.
- Rodriguez, Martin, Paige Birkelbach, y Rebeca Wong. 2020. «Envejecimiento en México: Discapacidad.» *Boletín Informativo del ENASEM:20-1*. abril. Último acceso: 25 de abril de 2020. [www.enasem.org](http://www.enasem.org).
- Rodríguez, Mauricio. 2021. *Envejecimiento poblacional en México: heterogeneidad municipal y condiciones asociadas*. Vol. 3, de *La situación demográfica en México*, de CONAPO, 87-104. México: CONAPO.
- Rodríguez, Pablo. 2009. «El renacimiento de la biopolítica. Notas para un balance.» *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. No 32 63-98.
- Rodríguez, Ruth. 2014. «México, sin especialistas contra males crónicos.» *El Universal*. . 20 de julio. <http://www.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/impreso/mxico-sin-especialistas-contra-males-crnicos-217240.html>.
- Rojas-Martínez, Rosalba, Ana Basto-Abreu, Carlos Aguilar-Salinas, Emiliano Zárate-Rojas, Salvador Villalpando, y Tonatíuh Barrientos-Gutiérrez. 2018. «Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México.» *Salud Pública de México* 60 (3): 224-232.
- Rose, Nikolas. 2000. «Government and Control.» *The British Journal of Criminology* 40 (2): 321-339.
- . 2012. *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE-Editorial Universitaria.
- Rose, Nikolas. 2001. «The politics of life itself.» *Theory, Culture & Society* 18 (6): 1-30.
- Rose, Nikolas, Pat O'Malley, y Mariana Valverde. 2006. «Governmentality.» *Annual Review of Law and Social Science* 2: 83-104.
- Rose, Nikolas, y Peter Miller . 1992. «Political power beyond the State: problematics of government.» *The British Journal of Sociology* 43 (2): 173-205.
- Roseberry, William. 2014. *Antropologías e historias: ensayos sobre cultura, historia y economía política*. Zamora: Colegio de Michoacán.
- Ross, Stuart. 2013. «Breaking Down Patient and Physician Barriers to Optimize Glycemic Control in Type 2 Diabetes.» *The American Journal of Medicina* 126 (94A): 38-48.
- Salazar, Claudia. 2004. «Dispositivos: máquinas de visibilidad .» *Anuarios de investigación* 291-299.

- Salinas-Rodríguez, Aarón, Vanessa De la Cruz-Góngora, y Betty Manríquez-Espinoza. 2020. «Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México.» *Salud Pública de México* 62 (6): 777-785.
- Salvador, J. A., Angós, M., Fernández, M., y Arquero, R. 2006. «Fuentes de información en medicina basada en la evidencia.» *El profesional de la información* 15 (1): 53-61.
- Samper-Ternent, R., Michaels-Obregon, A., Wong, R., y Palloni, A. 2012. «Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases.» *Salud Pública de México* 54 (5): 487-495.
- Sanz, Marcos. 2021. *La emancipación de los cuerpos. Teoremas críticos sobre la enfermedad*. Madrid: Akal.
- Secretaría de Salud. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud.
- . 2013. «Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.» *Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. Documentos de interés*. Último acceso: 3 de marzo de 2016. [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia\\_con\\_portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf).
- . 2013b. «Programa de Acción Específico. Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018 (Versión electrónica).» [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278071/PAE\\_PrevencionControlDiabetesMellitus2013\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/278071/PAE_PrevencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf).
- . 2017. *Guía Clínica para el Médico de Primer Nivel de Atención de Adherencia Terapéutica*. México: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Secretaría de Salud. 2018. *Conoce sobre la diabetes, obesidad y sobrepeso. Tú sí puedes prevenir o controlar la diabetes*. 23 de julio. <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-sobre-la-diabetes-obesidad-y-sobrepeso?state=draft>.
- . 2019. *Panorama Epidemiológico de las Enfermedades no Transmisibles en México, 2019*. México: Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud/Dirección General de Epidemiología.
- . 2020. «Programa Sectorial de Salud 2019-2024.» *Diario Oficial de la Federación*. 17 de agosto. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA\\_Sectorial\\_de\\_Salud\\_2019-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2019-2024.pdf).
- . s/a. *Sistema de Información de la Secretaría de Salud*. Último acceso: 18 de agosto de 2020. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.
- Secretaría de Salud-Dirección General de Epidemiología. 2018. *Transición epidemiológica. Documento Monográfico*. México: Secretaría de Salud.
- SEDESA. 2020. «Agenda Estadística 2018.» <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/Agenda%202018.pdf>.
- . 2020b. *Principales causas de Mortalidad General Ciudad de México 2012-2018*. 10 de noviembre. Último acceso: 10 de noviembre de 2020.



[http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/images/infosalud/archivos/mortalidad/1.-%20Principales causas de mortalidad general 2012-2018.pdf](http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/images/infosalud/archivos/mortalidad/1.-%20Principales%20causas%20de%20mortalidad%20general%202012-2018.pdf).

- Segato, Rita. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- . 2018. *La guerra contra las mujeres*. 2a. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Serena, Mónica. 2013. «Transformaciones en el abordaje de la diabetes: análisis de las evidencias científicas publicadas por dos sociedades científicas (1980-2010).» *Salud Colectiva*. Vol . 9 (3) 373-389.
- Sibilia, Paula. 2010. *El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. 2a. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Simmel, Georg. 2015 (1908). *El secreto y las sociedades secretas*. Madrid: Ediciones Sequitur.
- Singer, Merril. 1989. «The coming of Age of Critical Medical Anthropology.» *Soc.Sci.Med.* 28 (11): 1193-1203.
- Singer, Merril. 1990. «Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment.» *Soc.Sci, Med.* 30 (2): 179-187.
- Sloterdijk, Peter. 2002. *El desprecio de las masas. Ensayo sobre las luchas culturales de la sociedad moderna*. Valencia: Pre-Textos.
- Sontag, Susan. 2008. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Stewart, Pamela, y Andrew Strathern. 2008. *Brujería, hechicería, rumores y habladurías*. Madrid: Akal.
- Susser, Mervin, y William Watson. 1971 [1962]. *La sociología en la medicina*. México: México: IMSS- Colección Salud y Seguridad Social.
- Teachman, BA, y KD Brownell. 2001. «Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune?» *International Journal of Obesity* 25: 1525-1531.
- Thoreau, David. 2012. *Desobediencia civil*. México: Tumbona ediciones.
- Todorov, Tzvetan. 2014. *Los enemigos íntimos de la democracia*. Barcelona: Galaxia Gutenberg-Colofón.
- Traylor, Ana, Julie Schmittiel, Connie Uratsu, Carol Mangione, y Usha Subramanian. 2010. «Adherence to Cardiovascular Disease Medications: Does Patient-Provider Race/ethnicity and Lenguaje Concordance Matter?» *Journal of General Internal Medicine* 25 (11): 1172-1177.
- Ugarte, Javier. 2005. «Las dos caras de la biopolítica.» En *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*, de Javier Ugarte, 43-72. Barcelona: Anthropos.
- UNAM. 2009. «Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana.» *Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana*.  
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/demtm/index.html>.

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2015. «World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No ESA/P/WP.241.» [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key\\_Findings\\_WPP\\_2015.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2019. «World Population Prospects 2019.» *Interactive Data*. <https://population.un.org/wpp/>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2019b. «World Population Prospects 2019: Highlights.» *United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. Publications. 2019 Revision*. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf).
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. 2019c. «World Population Prospects 2019: Highlights.» June. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_10KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf).
- Vázquez, Felipe. 1999. «Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México.» *Papeles de población* (19): 66-75.
- Vázquez, Francisco. 2005. «"Empresarios de nosotros mismos". Biopolítica, mercado, soberanía en la gubernamentalidad neoliberal.» En *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*, de Javier Ugarte, 73-103. Barcelona: Anthropos.
- Velasco, H, y Á Díaz. 2006. *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Viesca, Carlos. 2017. «Paternalismo médico y consentimiento informado.» En *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*, de Víctor Martínez, 1-22. México: IJ-UNAM.
- Villagómez, Paloma. 2010. «El envejecimiento demográfico en México: Niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores.» En *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, de Luis Gutiérrez y Jesús (Coord.) Gutiérrez, 305-314. México: Secretaría de Salud-Instituto de Geriátrica.
- Weber, Max. 1964. *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. 2a. México: FCE.
- . 2012. *Sociología del poder. Los tipos de dominación*. 2a. Madrid: Alianza Editorial.
- Weil, Simone. 2016. *Reflexiones sobre las causas de la libertad y la opresión social*. Buenos Aires: Ediciones Godot.
- WHO-Regional Office for Europe. 2017. «Fact sheets on sustainable development goal: health targets. Noncommunicable Diseases.» [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/350278/Fact-sheet-SDG-NCD-FINAL-25-10-17.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/350278/Fact-sheet-SDG-NCD-FINAL-25-10-17.pdf).
- Weisz, George. 2014. *Chronic Disease in the Twentieth Century: A History*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wittgenstein, Ludwig. 2009. «Studies for "Philosophical investigations".» En *Major Works*, de Ludwig Wittgenstein, editado por Laura Kaeppel, 85-316. New York: HarperCollins.

- Wolf, Eric. 2005. *Europa y la gente sin historia*. 2a. Traducido por Horacio Pons. México: FCE.
- World Health Organization. 2016. «Framework on integrated, people-centred health services.» *World Health Organization. Service delivery and Safety. Framework on integrated people-centred health services*. 15 de Abril. Último acceso: 1 de septiembre de 2017.  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1).
- . 2007. *People-Centred Health Care*. Geneve: WHO.  
[http://www.wpro.who.int/health\\_services/people\\_at\\_the\\_centre\\_of\\_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf).
- Young, Allan. 1982. «The Anthropology of illness and sickness .» *Annual Review of Anthropology* 11 (2): 57-85.
- Žižek, Slavoj. 1992. *El sublime objeto de la ideología*. Traducido por Isabel Vericat. México: Siglo XXI
- . 2010. *En defensa de la intolerancia*. Diario Público.
- Zúñiga, E, y D Vega. 2004. *Envejecimiento de la Población en México. Reto del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.

## ANEXO

Tabla 7 Información de las personas mayores participantes (los nombres han sido modificados)

Unidad doméstica	Nombre	Género	Edad	Lugar de origen	Años residiendo en Campestre Aragón	Estado civil	Escolaridad	Ocupación actual	Ingresos (mensuales)	De quién recibe el ingreso	Religión	Afiliación a servicios médicos
1	Martín	Hombre	72	Hidalgo	40	Casado	Sin Estudios	Desempleado	Sin ingreso propio	Hijos	Cristiano	Sin seguridad social
2	Guadalupe	Mujer	72	Ciudad de México	50	Casado	Primaria	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	Sin seguridad social
3	Angélica	Mujer	75	Hidalgo	45	Casado	Primaria	Desempleado	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	IMSS
4	Alberto	Hombre	84	Guanajuato	50	Casado	Primaria incompleta	Pensionado	\$8,000	Pensión	Católica	Pemex
5	Eleuteria	Mujer	72	Estado de México	41	Casado	Primaria	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	IMSS
6	Serafina	Mujer	97	N/e	50	Viuda	Primaria incompleta	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	Sin seguridad social
7	Chela	Mujer	79	Estado de México	40	Viuda	Sin Estudios	Hogar	\$3,000	Renta	Católica	Sin seguridad social
8	Salvador	Hombre	75	N/e	40	Casado	Secundaria	Pensionado	\$6,500	Pensión	Católica	IMSS

9	Nena	Mujer	97	Estado de México	50	Viuda	Primaria	Pensionado	\$1,500	Pensión	Católica	IMSS
10	M. Falcón	Mujer	77	Estado de México	50	Viuda	Primaria	Hogar	\$2,500	Renta	Católica	Sin seguridad social
11	Altagracia	Mujer	77	N/e	7	Viuda	Sin Estudios	Comerciante	\$2,500	Pensión por viudez	Atea	IMSS
12	Josefina	Mujer	75	N/e	7	Viuda	Primaria	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	IMSS
13	Raquel	Mujer	87	Puebla	2	Casado	Sin Estudios	Hogar	Sin ingreso propio	Esposo e hijos	Católica	IMSS

14	Socorro	Mujer	75	Morelos	50	Viuda	Sin Estudios	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	IMSS
15	Ernestina	Mujer	69	Puebla	40	Viuda	Primaria	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	IMSS
16	Juliana	Mujer	72	Ciudad de México	40	Casada	Primaria completa	Hogar	Sin ingreso propio	Hijos	Católica	Seguro Popular
17	Marcelino	Masculino	75	Puebla	39	Casado	Primaria completa	Pensionado	\$3,800	Pensión	Católica	ISSSTE

Tabla 8 Información de cuidadoras (es) participantes

Unidad doméstica	Cuidador (a)	Relación con la PAM	Género	Edad	Estado civil	Hijos	Escolaridad	Ocupación	Ingresos mensuales
1	Concepción	Hija	Mujer	58	Soltera	No	Secundaria incompleta	Comercio informal Trabajadora doméstica remunerado	\$3,600
2	Patricia	Hija	Mujer	40	Casada/Separada	2	Carrera técnica	Cuidados familiares/Hogar	Sin ingreso propio
3	Pedro	Hijo	Hombre	56	Separado	3	Carrera técnica	Reparación de electrónicos	No señala

4	Diego	Nieto	Hombre	28	Soltero	No	Universidad	Estudiante	Sin ingreso propio	S
5	Martha	Nuera	Mujer	35	Casada	3	Bachillerato	Cuidados familiares/Hogar	Sin ingreso propio	D
6	María	Hija	Mujer	63	Soltera	No	Primaria	Comercio/Cuidadora familiar	\$ 17, 000	S n
9	Lilia	Sobrino	Mujer	59	Soltera	2	Secundaria	Trabajadora doméstica	\$2,500	S n
11	Ana	Hija	Mujer	52	Separada	2	Secundaria	Comercio/cuidadora familiar	\$4,500	S n
12	Male	Hija	Mujer	45	Soltera	No	Bachillerato	Cuidados familiares/Hogar	Sin ingreso propio	S n
13	Consuelo	Hija	Mujer	62	Casada	4	Primaria	Cuidados familiares/Hogar	Sin ingreso propio	D
14	Rosario	Hija	Mujer	53	Casada	2	Primaria	Cuidados familiares/Hogar	sin ingreso propio	S n

Tabla 9 Información de médicas (os) participantes

Nombre	Formación	Lugar de trabajo
Héctor	Médico Cirujano y Partero	IAAM-DF
Samuel	Médico Cirujano y Partero	IAAM-DF
Diana	Geriatra	Secretaría de Salud del Estado de México
Odiseo	Geriatra	INGER
Omar	Geriatra	ISSSTE
César	Nefrólogo	PEMEX
Laura	Reumatóloga	Hospital Ángeles
Edith	Médico Cirujano y Partero	IPN
Aurora	Psicóloga	Secretaría de Salud del Estado de México