

Kamchatka

Revista de análisis cultural

N.10

Lucio Fontana. Concetto spaziale, Attesa (1964). Acquarela sobre lienzo. 116 x 81 cmt

Mundo Hospital

Enfermedad y formas de vida en las sociedades actuales

Coordinado por Miguel Ángel Martínez García

MUNDO HOSPITAL:
ENFERMEDAD Y FORMAS DE VIDA EN LAS SOCIEDADES ACTUALES

Coordinado por MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ GARCÍA

Mundo Hospital: enfermedad y formas de vida en las sociedades actuales	5-9 Presentación
Miguel Ángel Martínez García	
 I. VIDA Y POLÍTICA	
Crítica de la economía biopolítica: dimensiones políticas del pensamiento médico	13-38 Artículo
Ester Jordana Lluch	
El model del sida y les seves víctimes	39-56 Artículo
Teresa Torra Borràs	
Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán	57-85 Artículo
Josep M ^a Comelles, Elisa Alegre Agís, Josep Barceló Prats	
Escenarios y nuevas formas de vida en los espacios biomédicos	87-105 Artículo
Mariana Ioana Gavris, Francisco Javier Tirado	
Desde la clínica de la fertilidad: alianzas reproductivas, madres jubileas y bebés probeta	107-127 Artículo
Raquel Taranilla	
Pobreza	129-144 Artículo
Martí Perán	
Una enfermedad llamada tristeza	145-150 Ensayo
Franco Berardi 'Bifo'	
"El poder no es el suelo natal del sujeto". Conversación con Jorge Alemán	151-160 Entrevista
José Alberto Raymondi	
 II. IMÁGENES DE LA ENFERMEDAD	
Error de cálculo. Vida y enfermedad en la literatura latinoamericana	163-178 Artículo
Cecilia Sánchez Idiart	

Biopower, Body Commodification, and Defiance of Neoliberal Logic in <u>Impuesto a la Carne</u> by Diamela Eltit Nancy Tille-Victorica	179-196 Artículo
Enfermedad y monstruosidad en <u>Sangre en el ojo</u> de Lina Meruane Juan Manuel Mancilla	197-215 Artículo
Cortocircuito Lina Meruane	217-225 Relato
El terror de la inmunidad: Brasil, años 60 Raúl Antelo	227-240 Artículo
¿Elegirías curarte si quisieras hacerlo? Leonor Silvestri	241-247 Ensayo autobiográfico
Política de la supervivencia Gabriel Giorgi	249-260 Artículo
Marta Dillon y Joaquín Hurtado: crónicas de la enfermedad crónica Mirta Suquet	261-277 Artículo
Etnografía de una enfermedad social Pepe Miralles	279-288 Serie fotográfica
Vademécum poético. Devenires más allá de la medicalización en <u>Oncogrrrrls</u> Carolina Novella	289-316 Artículo
III. LA NOCHE DEL MALESTAR	
Chantal Maillard. Una experiencia común del vacío Miguel Ángel Martínez	319-352 Artículo
Comer nada o la defensa del vacío Rosa Durá Celma	353-362 Artículo
Escenas de confesión en <u>Los siete locos</u> y <u>Los lanzallamas</u> , de Roberto Arlt: Malestar y acontecimiento Andrea Kottow Keim	363-377 Artículo
Guardar el secreto: abuso sexual infantil y salud mental Javier Erro	379-393 Artículo
Descentralización de los cuidados en salud mental: un espacio de reflexión Belén Pascual	395-406 Artículo
Despsiquiatrizar la cultura como necesidad ineludible para un cambio social emancipatorio José García-Valdecasas Campelo y Amaia Vispe Astola	407-423 Manifiesto

MONOGRÁFICO

“MUNDO HOSPITAL”: ENFERMEDAD Y FORMAS DE VIDA EN LAS SOCIEDADES ACTUALES

“Hospital World”: Disease and ways of life in today’s societies

Coordinado por:

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ GARCÍA

CONICET-PELCC (ARGENTINA) miguemartinezgarcia@gmail.com

Investigador Postdoctoral en CONICET-PELCC (Programa de Estudios Latinoamericanos Contemporáneos y Comparados). Realizó su tesis doctoral en la Universitat de València, en con el título *Una lengua común: poéticas y políticas de la enfermedad*.

Portada elaborada por **TIRCO MATUTE**, artista y diseñador gráfico, a partir de una imagen de Lucio Fontana.

Entre 1950 y 1968, Lucio Fontana produce una serie de obras que denomina *Concetto spaziale*. La serie, como muestra la imagen de portada, se caracteriza fundamentalmente por los cortes (*tagli*) y los agujeros (*buchi*) que el autor realiza sobre la tela, casi siempre una superficie monocroma. Fontana, en los escasos textos que aparecen con su firma, señala que su intención era generar una dimensión que fuera más allá de la superficie del lienzo, a través del corte y la perforación: una dimensión más “real”, expuesta por fin a la luz.

En un encuentro parcial y anacrónico, el corte de esta pieza –la de la portada, de 1964– se nos presenta, a partir de los textos de este monográfico, como la acción de una enfermedad o de un malestar sobre la vida de un sujeto o incluso de una sociedad determinada. El blanco de la acuarela sobre la tela aparece así como imagen de un espacio transparente y liso, que carece de obstáculos, ordenado para facilitar tanto la movilidad del capital como los protocolos de seguridad: el espacio, en fin, neoliberal, sobre el que se modela en nuestro tiempo la subjetividad y cualquier forma de vida; el corte, entonces, se presenta como una “ruptura” o como la introducción de un vacío –una dimensión

Miguel Ángel Martínez García.

“Mundo Hospital: enfermedad y formas de vida en las sociedades actuales”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 5-9

DOI: 10.7203/KAM. 10.11191 ISSN: 2340-1869



más “real” – en ese espacio, en una forma de vida dada, en el sujeto: “La enfermedad –escribía Piglia en el último volumen de *Los diarios de Emilio Renzi*– como garantía de lucidez extrema”.

Los materiales que conforman el monográfico se acercan a estos motivos –el malestar o la enfermedad; las políticas que la codifican; ciertas imágenes que nos permiten aprehender tanto unas como otras– desde disciplinas, perspectivas o intuiciones heterogéneas, de acuerdo al margen que abría nuestra convocatoria. En tanto que las aproximaciones que ha generado la relación entre la enfermedad y las formas de vida contemporáneas son todavía escasas en el ámbito de los estudios culturales y literarios –sobre todo en lengua española–, creímos que era oportuno plantear un marco de trabajo –una imagen: la del “Mundo Hospital”, la del “concepto espacial” de Fontana– amplio, que pudiera dar cabida a todas aquellas líneas de investigación que girasen en torno a estos problemas. De este modo, el monográfico podría constituirse como una suerte de estado de la cuestión o, al menos, como un buen punto de partida para articular y desarrollar trabajos de investigación más rigurosos y complejos. Esperamos que así sea.

Hemos organizado los materiales que conforman este número 10 de *Kamchatka* en tres partes. En la primera de ellas, “Vida y política”, se examinan los modos, ciertos modos, en los que las prácticas políticas contemporáneas regulan las maneras en que cuidamos de nuestros cuerpos. El artículo que abre el monográfico, de [Ester Jordana](#), establece las bases de esta parte en tanto que retoma los estudios fundacionales de Foucault en torno al concepto de “biopolítica” y en tanto que propone una lectura de dichos estudios que trata de mostrar cómo la práctica médica se articula con las transformaciones gubernamentales que analiza el autor francés. El segundo artículo, de [Teresa Torra](#), continúa el gesto emprendido por Jordana y realiza un análisis de la gestión institucional y política del sida que se apoya en el esquema que elaboró Foucault para analizar la lepra (en el siglo XV) y la peste (en el siglo XVII) –es decir, entendiendo que la enfermedad constituye un problema de gobierno. Si el abordaje de la lepra explica paradigmáticamente, según Foucault, el funcionamiento de las sociedades de soberanía, y el tratamiento de la peste el de las sociedades disciplinarias, la gestión del sida, concluye Torra, pone en evidencia los ejes de la economía del poder que organiza las sociedades de seguridad actuales. Desde el contorno biopolítico que dibujan estos textos, podemos leer los siguientes tres artículos, en los que se aborda el vínculo entre vida y política que se teje alrededor o a partir de distintos espacios biomédicos. [Josep Maria Comelles](#), [Elisa Alegre-Agís](#) y [Josep Barceló](#) analizan la evolución del hospital a través del caso concreto del sistema hospitalario catalán del siglo XX. En la línea que trazan en su artículo, pasamos de la imagen del hospital como asilo de “incurables” o refugio para pobres al hospital como imagen de una cultura que los autores denominan “hospitalo-céntrica”, una idea que provoca ecos evidentes con la imagen del “Mundo Hospital” que funcionaba como llamamiento para este monográfico. En el artículo posterior, de [Mariana-Ioana Gavrís](#) y [Francisco Javier Tirado](#), se constata igualmente que la generalización del uso del *scenario-planning* (el ejercicio de diseñar un plan de actuación eficaz frente a un posible evento pandémico desconocido) posterior al brote de gripe porcina del año 2009 generó transformaciones sustanciales no solo en el interior de los espacios biomédicos sino también en relación con los dispositivos de seguridad a escala global. [Raquel Taranilla](#), en cambio, entrevistó, “desde la clínica de

fertilidad”, la posibilidad de una “cópula” entre el deseo y el saber médico en relación con las nuevas técnicas de reproducción asistida (TRA); una “cópula” que desbordaría el relato hegemónico de la reproducción humana y que podría estar dando lugar a relatos (como el de la reproducción como tarea colectiva) y subjetividades (como la de la “madre jubilea”) que cuestionan de raíz la imaginación biopolítica (inmunitaria, securitaria) de la época. A estos artículos les siguen tres textos que vendrían de algún modo, y si esto fuera posible, a cerrar el círculo de esta primera parte. Primero, un artículo de **Martí Perán** y un ensayo de **Franco Berardi (“Bifo”)** en los que parece que se constata que el horizonte al que nos abocan y en el que nos gobiernan las prácticas biopolíticas actuales es un horizonte de malestar. Sin embargo, en la conversación posterior que **José Alberto Raymondi** le propone a Jorge Alemán, se agujerea, a la manera de Fontana, la perfección que parece atribuírsele, en algunos puntos de los textos anteriores, a dicho horizonte. Cuando Alemán afirma que “el poder no es el suelo natal del sujeto” discute con aquellos autores, desde Foucault hasta Bifo, que le han otorgado al biopoder, según Alemán, la capacidad para producir y alcanzarlo “todo” –la vida y la subjetividad–: “Como lo suelo decir, brutalmente, con una metáfora salvaje, la emergencia del sujeto es una millonésima de segundo anterior a cómo el poder lo constituye”. A partir de aquí, Raymondi y Alemán se preguntan acerca del carácter, de la “condición ontológica”, de aquello que es “inapropiable” para el poder en una vida. Si releemos a Foucault, a Agamben, a Negri, a Bifo, a Esposito, y también a Lacan, “tal vez ese sería –concluye Alemán– uno de los grandes debates –teóricos, políticos– de esta época: discutir qué consideramos vida”.

La segunda parte del monográfico está dedicada a las “imágenes de la enfermedad” que acogen algunas producciones culturales contemporáneas. “Imágenes” que, como tales, nos permiten capturar y relacionarnos, de otro modo a como lo hace la filosofía o la teoría, con la relación entre vida y política en nuestro presente –de otro modo pero, entendemos, de modo complementario. Así, en los artículos de **Cecilia Sánchez Idiart**, **Nancy Tille-Victorica** y **Juan Manuel Mancilla** se lee un *corpus* de novelas latinoamericanas (João Gilberto Noll, Diamela Eltit, Lina Meruane) que, por un lado, como afirma la primera, “exploran” las formas en los que los dispositivos de poder actuales gestionan la vida de la población, y, por otro, “hallan” en la enfermedad la “potencia de invención” de modos de vida en común que exceden los cálculos de dicha gestión. El relato que presentamos a continuación, “**Cortocircuito**”, de **Lina Meruane**, vendría a tomar el relevo de este conjunto de artículos y a mostrar que esa potencia se puede expresar, de algún modo, en la incapacidad del cuerpo médico para determinar el diagnóstico que indique qué sucede en el cuerpo del personaje principal (“*Idiopática* es la palabra que indica esa nada, ese nunca saber”). Después de estos textos, en los que se trata la enfermedad de modo general, encontramos otra serie de materiales que se caracterizan, por su parte, por tematizar específicamente enfermedades inmunológicas (o con implicaciones inmunológicas), de una manera afín a la de estos primeros textos. Realizamos esta distinción, entre lo general y lo específico, y proponemos esta fórmula, la de las enfermedades inmunológicas –que reuniría a las enfermedades de deficiencia inmunitaria y a las enfermedades autoinmunes– porque de esta manera la relación, que creemos que habla en los textos, entre lo que sucede en los sujetos (el síntoma o la enfermedad inmunológica) y lo que sucede en nuestras sociedades (la seguridad, la inmunidad, como clave biopolítica de gobierno), podría ser escuchada e investigada. Tanto las derivas corporales y/o

subjetivas que Raúl Antelo detecta en los textos de Lúcio Cardoso y Clarice Lispector; como la condición de la hablante de *Games of Crohn*, de Leonor Silvestri; o el sida, en la producción artística de Pepe Miralles y en la lectura de otras producciones culturales que realizan Gabriel Giorgi y Mirtha Suquet; apuntan, creemos, como en una suerte de síntoma también social, al “terror de la inmunidad” (Antelo) que organiza el mundo contemporáneo. La irrupción de la enfermedad inmunológica respondería, de este modo, a una organización social excesivamente inmunizada y propiciaria, además, formas de vivir juntos que cuestionarían o superarían la protección, la seguridad o el aislamiento que definen a dicha organización. Es en este contexto donde una pregunta como la que lanza Leonor Silvestri –“¿Elegirías curarte si pudieras hacerlo?”– adquiere toda su complejidad e intensidad. En el último artículo de esta segunda parte, Carolina Novella analiza las prácticas que ha acogido el proyecto Oncogrrrls, un espacio que asume mucho de los interrogantes y los desafíos que se han lanzado en los textos previos pero ahora en relación con experiencias de cáncer. También aquí parece plausible apostar por relatos y “devenires” que van “más allá de la medicalización” y la inmunización frente a lo otro y los otros.

La tercera parte del monográfico se adentra en lo que Santiago López Petit ha llamado la “noche del malestar”: un “malestar social” que aunque se manifiesta ciertamente en una “multitud” de síntomas o “enfermedades indefinidas y generalizadas” remite, sobre todo, a un “estar-mal” o a una sintomatología de carácter predominantemente psíquico y/o subjetivo (y que da por sentado, por lo demás, que el cuerpo nunca está separado del sujeto). En esta parte recogemos, por un lado, tres artículos que se acercan a dicho malestar con las herramientas que ofrece el psicoanálisis (aunque no solo); y, por otro, tres textos que han sido escritos por profesionales y activistas en lo que ellos y ellas mismas denominan “salud mental” –y gracias, por cierto, a la colaboración de Javier Erro en la coordinación de este apartado. El primer artículo del primer grupo lo firmo yo mismo; en él recorro la obra de la poeta Chantal Maillard, en la que se elabora una experiencia de malestar que podríamos reconocer, creo, como una “experiencia del vacío”. La conclusión que alcanzo es que solo a partir de la elaboración de dicha experiencia, en la que el vacío no es taponado ni colmado, la hablante de esos textos puede reconocer la dimensión común de este, de dicho “vacío” (de su “Soledad”, diría Jorge Alemán), y a partir de ahí vincularse con otras experiencias, otras “noches”, del malestar. En el segundo artículo, la psicoanalista e investigadora Rosa Durá realiza una lectura de la anorexia que dialoga en no pocos puntos con el texto que le precede, si bien este último se apoya, específicamente, en el saber que se desprende de la clínica y en “una concepción teórica que tiene como norte la pregunta sobre en qué medida puede el psicoanálisis hacer frente al discurso capitalista”. “Desde esa perspectiva, –escribe Durá– en la elección del sujeto anoréxico del lado de la histeria late un gesto de resistencia a esta variante del discurso del amo, un discurso que, como dice Lacan, (...) no pone ningún límite al goce” y “que obtura el deseo con su cadena interminable de objetos”. En el tercer artículo de este grupo, Andrea Kottow vuelve a apoyarse en el discurso literario; en él da cuenta de cómo el psicoanálisis abastece de figuras a la literatura latinoamericana de los años 20 y 30 del siglo XX –en particular, la obra de Roberto Arlt– y de cómo esta, en consecuencia, capta y se relaciona con algunas formas del malestar que todavía pulsán en ciertos malestares actuales. En la serie de textos que gira en torno a la “salud mental”, Javier Erro, primero, revisa la “epidemiología del abuso sexual

infantil” y su “impacto” sobre la salud de la víctima; **Belén Pascual**, en segundo lugar, realiza un estudio crítico sobre la “centralización” de los cuidados en salud mental y propone un conjunto de pautas que permitiría, precisamente, según la autora, la “descentralización” de dichos cuidados; finalmente, presentamos un manifiesto firmado por **Javier García-Valdecasas y Amaia Vispe**: “De cómo la necesidad de despsiquiatrizar la cultura es un paso previo ineludible para cualquier intento de cambio social emancipatorio”. Aunque estos dos grupos de textos difieren en aspectos claves a la hora de atravesar esta “noche del malestar”, coinciden, no obstante, en dos ejes básicos de este monográfico: la consideración de que nuestro “estar-mal” se inscribe, siempre, en un determinado contexto social, y la posición crítica con respecto a los procesos de medicalización (en tanto que práctica biopolítica).

I. VIDA Y POLÍTICA

CRÍTICA DE LA ECONOMÍA BIOPOLÍTICA: DIMENSIONES POLÍTICAS DEL PENSAMIENTO MÉDICO

Criticism of the biopolitical Economics: political dimensions of medical thinking

ESTER JORDANA LLUCH

UNIVERSIDAD DE BARCELONA; BAU, ESCUELA UNIVERSITARIA DE DISEÑO
esterjordana@gmail.com

Profesora asociada en Bau, Centro Universitario de Diseño y en la Universidad de Barcelona. Forma parte de GREDITS (Grup de Recerca en Disseny i Transformació Social), de la Càtedra de Filosofia Contemporànea de la Universidad de Barcelona y de la Red Iberoamericana Foucault.

RECIBIDO: 27 DE JULIO DE 2017

RESUMEN: El presente artículo efectúa un recorrido por distintas de las problemáticas entrelazadas que, en las investigaciones foucaultianas, atraviesan la historia de la medicina y la configuración de la gubernamentalidad biopolítica. En el momento en que la gestión de la población y el paradigma de la seguridad se hibridan con un “pensamiento médico que, más allá de los límites de la propia disciplina, constituye un razonamiento en base a lo normal y lo patológico, este va a funcionar en el seno de todo un conjunto de políticas que, desde la constitución y crisis del Estado del Bienestar a las problemáticas relaciones con las ciencias jurídicas, sitúan la cuestión de la salud, el cuerpo y la enfermedad en el centro de la gestión de la vida. Extendiendo esos análisis a algunos fenómenos recientes trataremos de explorar cuáles son los desafíos a los que nos confronta el neoliberalismo contemporáneo.

PALABRAS CLAVE: biopolítica, historia de la medicina, gubernamentalidad, liberalismo, neoliberalismo

ACEPTADO: 17 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: The present article carries out a re-examination of several of the interlaced axes that Foucauldian research develops across the history of medicine and the configuration of the biopolitical governmentality. When the management of the population in terms of security is intersected with a “medical thought” that, beyond the limits of the discipline, constitutes a reasoning on the basis of the normal and the pathological, a set of policies appear that - from the constitution and crisis of the Welfare State to the problematic relations with the juridical sciences and the question of the health - place health, the body and the disease at the center of the management of life. By extending such analyses to some recent phenomena we will try to explore the challenges that contemporary neoliberalism leads us to face up to.

KEYWORDS: biopolitics, history of medicine, governmentality, liberalism, neoliberalism

Jordana LLuch, Ester.

“Crítica de la economía biopolítica: dimensiones políticas del pensamiento médico”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 13-38

DOI: 10.7203/KAM. 10.10572 ISSN: 2340-1869



Una conocida sentencia de Marx afirma que la humanidad solo se plantea aquellos problemas que es capaz de resolver. Quizás podríamos decir lo mismo en relación a sus enfermedades. Si la lepra constituyó el problema a resolver para el siglo XIV, la peste lo sería para los siglos XVI y XVII, la viruela para el siglo XVIII, la tuberculosis para el siglo XIX y quizás el sida o el cáncer serían los propios de los siglos XX y XXI. La historia de las enfermedades y su epidemiología es, en efecto, parte de nuestra historia económica y política en tanto que sus condiciones de incidencia están vinculadas a cambios fundamentales en nuestras formas de vida: las guerras, la extensión del comercio, el tipo de alimentación y de conservación de los alimentos, las migraciones masivas, los hacinamientos en espacios limitados vinculados al crecimiento urbano e industrial o la organización social de las relaciones afectivas y sexuales. Una historia que atraviesa también la historia de la medicina misma, de aquello que se considera o no como enfermedad, de quiénes y bajo qué condiciones tienen, en un momento histórico determinado, acceso a las curas, la historia de sus prácticas y sus intervenciones así como de los efectos de las mismas. Por último, esa historia es también la historia de cómo la enfermedad es concebida en el seno de una sociedad y en qué espacio se sitúa, qué efectos tiene para un sujeto ser considerado como enfermo y cómo el hecho de ser diagnosticado tiene consecuencias que van más allá de la relación médica.

La reflexión en torno a la constitución de la medicina moderna y su papel social es uno de los hilos rojos que atraviesan las investigaciones foucaultianas. Una pregunta estrechamente vinculada a la formación de las ciencias humanas y su estudio de las distintas formas de gubernamentalidad que atraviesan nuestra historia. En el seno de esas intersecciones, la cuestión de la biopolítica constituye una de las hipótesis centrales de su trabajo. Como es de sobra conocido, la tesis fundamental que plantea el autor es que la gubernamentalidad moderna se caracteriza por el paso del modelo *soberano* -cuyo ámbito sería el territorio- a un modelo *biopolítico* -cuyo ámbito de gobierno sería la población-.

Haciéndonos eco de las distintas aproximaciones que el autor efectúa, acompañaremos algunos de los puntos principales de las mismas mostrando cómo la historia de la medicina se articula con las transformaciones gubernamentales analizadas por Foucault y los problemas que se derivan de esa relación. En virtud de todo ese conjunto de factores podremos dar cuenta de cómo y bajo qué condiciones nuestras vidas son expuestas de distintos modos a una biopolítica y una tanatopolítica cuyos modos de funcionamiento están en vías de transformarse.

BIOPOLÍTICA Y GUBERNAMENTALIDAD

En Mayo de 2015, a raíz de la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS lanzaba un Plan de Acción Mundial para intervenir sobre la resistencia antimicrobiana (OMS, 2015) alertando de la dimensión mundial del fenómeno y sus consecuencias para la intervención médica. En Mayo de 2013, una enorme controversia levantaba ampollas ante la inminente publicación del DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) denunciando los riesgos de la sobrediagnóstico implícitos en la reconsideración del umbral clínico para ciertos trastornos o cómo la inclusión de algunos nuevos promovían una excesiva medicamentación de la población en

connivencia con los intereses de las farmacéuticas (Sandín, 2013). Uno y otro caso nos proporcionan distintos ejemplos de problemáticas contemporáneas en torno a la medicina y sus efectos. El primero, en tanto que apunta a las consecuencias de una hipermedicamentación de la población en términos biológicos, dado que el abuso de antibióticos o antimicrobianos tiene efectos en los umbrales de acción de los mismos. El segundo, en tanto que apunta a las consecuencias de una hipermedicamentación de la población, en este caso, en términos psicológicos, en tanto que el umbral diagnóstico de aquello que se considera una patología mental y qué no incide directamente no solo en el aumento de los mismos o los riesgos de una hiperpsicopatologización de la vida cotidiana, sino en el modo en que la medicina se relaciona con los intereses económicos de una industria farmacéutica ansiosa por encontrar nuevos nichos de mercado. Uno y otro ejemplo nos sirven para ilustrar algunos de los aspectos de aquello que Foucault denominaba como *biopolítica* donde, como vemos, esa entrada de la vida como un objeto de gobierno atañe a fenómenos como los expuestos: por un lado, el hecho de que, por primera vez en la historia, la intervención médica tenga consecuencias que afecten al desarrollo de la vida misma modificándola, algo que Foucault calificaba como la entrada en una *biohistoria*; en segundo lugar, señalando cómo el desarrollo de las ciencias humanas, vinculado a la historia de la psiquiatría y la medicina, comporta parámetros de clasificación y tipologización de la población donde se construye permanentemente un umbral móvil entre aquello que es considerado normal o patológico y las consecuencias que comporta el hecho de caer a uno u otro lado de esa escansión.

La preocupación por pensar y analizar la enfermedad acompaña el trabajo de Foucault desde sus inicios. Su doble formación en psicología y filosofía constituyó para el autor un campo problemático en relación a la constitución de la enfermedad mental y esa relación entre lo normal y lo patológico que, heredada de Canguilhem (1986), constituirá un núcleo de reflexión constante a lo largo de sus investigaciones. Ya desde sus primeros textos, el objetivo de Foucault era hacer a un lado el modo de aproximación durkhemiana que postulaba la enfermedad como un “desvío” respecto a la “norma”. La cuestión era cómo pensar y reflexionar en torno a la cuestión de la enfermedad en términos históricos y sociales y qué grilla de análisis podría servir para plantearla. En su primer libro, *Enfermedad mental y personalidad*, planteaba la cuestión de este modo:

Durkheim y los psicólogos americanos han hecho de la desviación y del alejamiento de la media, la naturaleza misma de la enfermedad por efecto de una ilusión cultural que les es común: nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta o encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo. Los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan la proyección de lo morboso en lo anormal son, ante todo, una proyección de temas culturales. En realidad, una sociedad se expresa positivamente en las enfermedades mentales que manifiestan sus miembros; cualquiera que sea el status que otorga a sus formas patológicas: ya sea que las ubique en el centro de su vida religiosa, como sucede a menudo entre los primitivos, o que trate de expatriarlos situándolos en el exterior de la vida social, como lo hace nuestra cultura. Ahora se plantean dos problemas: ¿cómo ha llegado nuestra cultura a dar a la enfermedad el sentido de la desviación, y al enfermo un status que lo

excluye? ¿Y cómo, a pesar de eso, nuestra sociedad se expresa en estas formas patológicas, o se niegan a reconocerse? (Foucault, 1984, 87).

Alejándose de esa perspectiva del desvío para pensar la enfermedad e invirtiendo la pregunta para interrogar esa constitución en términos positivos, el encuentro con Lévi-Strauss será fundamental en tanto que le proporcionará un marco de análisis totalmente distinto: analizar la constitución de eso que la sociedad considera normal en base a los mecanismos de exclusión que pone en marcha. Tomando la estructura general de la tesis desplegada por Lévi-Strauss (1969) en torno a cómo la prohibición del incesto permite hacer inteligible el orden positivo de relaciones afectivas en una cultura, Foucault aplicará ese mismo gesto de pensamiento a la exploración de la locura. Ahora bien, la diferencia entre uno y otro modo de análisis resulta determinante en tanto que, si para Lévi-Strauss ese marco de aproximación permitía aprehender estructuralmente la organización social, para Foucault, ese gesto de exclusión habrá que buscarlo permanentemente en todo un conjunto de prácticas históricas. De ese modo *Historia de la locura* comenzará dando cuenta de la construcción de los leprosarios como espacios de encierro donde dos siglos después será encerrada la “sinrazón” constituyendo, en ese gesto, la primera exclusión de la locura. Si acompañamos esas elaboraciones es para mostrar cómo ese marco general de las prácticas de exclusión como un modo de sortear esa premisa del “desvío” constituye una grilla de análisis de la que Foucault se servirá ampliamente en sus primeras investigaciones. Una estrategia que, en los años setenta, será modificada cuando la práctica de la exclusión deje de aprehenderse como un marco teórico y metodológico general y se reintegre como una de las prácticas posibles de un amplio campo autónomo de investigación que será el de las *relaciones de poder*.

Dando un salto de casi veinte años respecto a esas investigaciones iniciales, al inicio del curso del curso *Seguridad, Territorio, Población* impartido en 1978, el autor utilizaba de nuevo el análisis de los leprosarios para efectuar una amplia comparativa de las distintas formas históricas de las relaciones de poder que había analizado a lo largo de los años setenta. Allí comparaba –volviendo al comentario con que iniciábamos nuestra reflexión– cómo el modo de responder al problema de la lepra en el siglo XV, la peste en el siglo XVII y la viruela en el siglo XVIII, permitían caracterizar tres dispositivos prácticos totalmente distintos. En el caso de la lepra, como ya había estudiado en *Historia de la locura*, se construyeron todo un conjunto de espacios de encierro – los leprosarios– donde los enfermos serían confinados a fin de evitar el contagio. En el caso de la peste, se abordó a través todo un conjunto de reglamentos e inspecciones, estableciendo un sistema de cuarentena que regulaba las horas de salida y entrada de la gente a sus casas o sus pautas alimenticias. En el caso de la viruela, a diferencia de los anteriores, se organizaría todo un sistema de registro para cuantificar los afectados, su rango de edades, su pronóstico, las probabilidades de contagio, y todo un conjunto de campañas médicas para erradicar su efecto epidémico. Cada uno de esos gestos implica no solo distintos modos de respuesta ante determinadas enfermedades sino, como vemos, distintos marcos de cómo organizar y conducir las conductas de los individuos o –como conceptualizará Foucault en sus últimos años– distintos modos de *gubernamentalidad*. Vamos, pues, a exponer en qué sentido esos distintos modos

de responder a tres tipos de enfermedades en tres momentos históricos permite, efectivamente, aprehender ciertos rasgos característicos de determinadas formas de gubernamentalidad histórica.

Foucault situará tres dispositivos atendiendo tanto a sus características específicas como al momento histórico en que se constituirían como una tecnología gubernamental. Así, lo que Foucault caracterizará como el modelo *soberano* sería propio de las monarquías medievales hasta los monarcas absolutos del siglo XII, el modelo *disciplinario* habría emergido en torno al siglo XVII para consolidarse en los siglos siguientes y el modelo *securitario* habría aparecido a finales del siglo XVIII desplegándose con fuerza en los modelos de gobierno liberales y neoliberales contemporáneos. El *modelo soberano* se caracterizaría por una relación de gobierno jurídica, centralista y jerárquica, ejercida en el seno de los límites territoriales. La ley, señala Foucault, operaría en ese marco de gobierno designando todo aquello que debía prohibirse sin organizar, sin embargo, ningún modo de tutelaje o prescripción en las conductas de los individuos. Se trataba, pues, de hacer funcionar la ley negativamente, excluyendo aquello que se consideraba nocivo para el orden social. El *dispositivo disciplinario*, desplegado a partir del siglo XVII, tendría como objetivo, por el contrario, conducir las vidas de los individuos actuando, sobre todo, como un sistema capaz de organizar una multiplicidad de cuerpos. De ahí toda una distribución espacio-temporal que permitiría, además, situar a los individuos en el seno de un sistema permanente de ordenación y clasificación. Por tanto, el dispositivo disciplinario operaría de modo prescriptivo delineando aquello que debe suceder en cada momento y apoyándose en un fuerte sistema de vigilancia que permitiría intervenir en el instante en que se transgrede esa prescripción. En el seno de ese sistema, el eje central ya no será la ley sino una reglamentación que permitirá clasificar una escansión entre lo normal y lo anormal en base al modo de ajuste de los cuerpos a esa ordenación normativa y prescriptiva. Los *dispositivos de seguridad*, por último, funcionarían en una escala totalmente distinta en tanto que tratarían de incidir en torno a fenómenos globales que solo pueden ser aprehendidos en base a un cómputo masivo. Fenómenos demográficos, fenómenos relativos al medio o fenómenos seriales que solo pueden ser estudiados a partir de largos periodos de tiempo. Fenómenos que, en términos de “caso” parecerían aleatorios y, por tanto, imposibles de aprehender, pero que en términos globales pueden ser analizados. La tecnología securitaria operaría, pues, a diferencia de los modos anteriores, en términos de cálculo, calibrando permanentemente los riesgos o los costes de tolerar determinados fenómenos, tratando de predecirlos y estimar qué efectos podrían tener, tratando de optimizar los unos en relación a los otros. Se trata, pues, de actuar sobre la globalidad de los mismos desarrollando todo un conjunto de técnicas de medición, regulación e intervención sobre el medio en que se producen. Son tecnologías que tratarán de “afectar”, dirá Foucault, a una población. En términos poblacionales, la relación en torno a la norma variará respecto a la disposición disciplinaria. Ya no se escandirá una distinción entre sujetos normales y anormales sino que funcionará como “un juego dentro de las normalidades diferenciales” (Foucault, 2006b, 84). Se tratará de situar a los sujetos en la posición que ocupan en base a las distintas curvas de clasificación estadística: “un señalamiento de las diferentes curvas de normalidad”. Foucault distinguía así la *normación* disciplinaria de una *normalización* que consistiría

en “hacer interactuar esas diferentes atribuciones de normalidad y procurar que las más desfavorables se asimilen a las más favorables” (Foucault, 2006b, 83). En el marco de esa triple caracterización vemos cómo la respuesta al problema histórico planteado por algunas de las enfermedades que señalábamos, puede apprehenderse a partir del modo distintivo en que se aplicarían esas técnicas de gobierno. Si la lepra, en el marco de la soberanía, sería gestionada aplicando un principio de encierro y exclusión territorial a partir de los leprosarios, en el caso de la peste se organizaría un sistema de cuarentena ciudadana afín una lógica disciplinaria y en el caso de la viruela se desplegaría toda una regulación de las poblaciones aplicando una tecnología securitaria. Por tanto, como vemos, la enfermedad como un problema gubernamental atraviesa no solo nuestra historia política sino también la historia de las tecnologías de gobierno que la acompañan.

El arco que se traza entre el modelo soberano y el securitario enmarca el desplazamiento que Foucault había caracterizado ya en el curso de *Defender la sociedad* como la mutación que daba lugar a la gubernamentalidad moderna enunciada, como indicábamos, por el paso de un gobierno del territorio a un gobierno de la población. Si la lógica del poder soberano se caracterizaba por la potestad de “hacer morir” a cambio de “dejar vivir”, lo que Foucault califica como el nacimiento la biopolítica se caracterizará por un modo de gobierno que “hace vivir” y “deja morir” (Foucault, 2001b, 218). En esa primera postulación de la hipótesis biopolítica, Foucault resituaba entonces los análisis en torno a la configuración del poder disciplinario que había desarrollado en los años anteriores señalando un doble proceso de transformación de las tecnologías de gobierno. Por un lado, a partir del siglo XVII, se habría desarrollado toda una tecnología *anatomopolítica* cuyo objeto habría sido la ordenación y la regulación de los cuerpos. Por otro, a partir del siglo XVIII se habría desarrollado una *biopolítica* donde el objeto de gobierno sería el cuerpo-especie, la población, la vida en tanto que fenómeno global y colectivo. Esa entrada de “la vida” en el ámbito de aquello gobernable se desplegaría, pues, íntimamente ligado al desarrollo de todo un conjunto de registros y parámetros que permitirán obtener información de la población en términos estadísticos. A partir de esos análisis la vida se regulará en distintos ámbitos. Por un lado, a nivel *demográfico*, los índices de natalidad y la mortalidad –así como de las enfermedades y epidemias– constituirán una preocupación importante. Del mismo modo, en el marco de la higiene pública se desplegarán campañas de concienciación o de intervención urbana. En segundo lugar, se generará un despliegue de la prevención de *accidentes*, con los seguros, y la gestión de todos aquellos sujetos que, por alguna u otra razón, quedan fuera de la actividad económica. Por último, entrarán como dimensiones de lo gobernable todo un conjunto de ámbitos vinculados al *medio* como la circulación del aire y las aguas, el clima, los pantanos o los planes urbanísticos. Vemos, pues, la correspondencia entre los ámbitos de gubernamentalidad biopolítica que Foucault enumeraba en el curso de 1976 y los dispositivos securitarios que describía en 1978.

Ahora bien, para dar cuenta de la historia de ese enlace entre la aparición de la vida como objeto de gobierno y las tecnologías y racionalidades políticas que van a desplegarse para gestionarla es necesario recorrer dos historias entrelazadas: por un lado, una historia que atañe al desarrollo de la medicina misma y, por otro, las transformaciones en las formas de gubernamentalidad. En el cruce de

una y otra veremos cómo esos ejemplos contemporáneos que convocábamos en torno a las resistencias antibacterianas y la controversia ante el DSM-V se hacen inteligibles a partir de todo un conjunto de factores cruzados que hibridan aspectos que atañen a la medicina sin poder desligarse de otros económicos y políticos.

UNA HISTORIA POLÍTICA DE LA MEDICINA

Una de las hipótesis fundamentales de los análisis históricos foucaultianos es, como indicábamos, tratar de mostrar cómo la historia de la constitución de la enfermedad mental está ligada a todo un conjunto de tecnologías de poder que la sitúan en un espacio problemático. Esa historia se articula con procesos de alcance histórico más amplio como el de “el nacimiento de la biopolítica” y la historia de la constitución de la medicina moderna. Como ya había defendido en *El nacimiento de la clínica* la tesis de Foucault es que la medicina moderna se desarrolló a partir del momento en que la enfermedad empezó a analizarse más allá de la relación médico-paciente produciéndose en ese desplazamiento el “desbloqueo epistemológico” que permitiría su avance. Si en esa investigación Foucault había dado cuenta de esa hipótesis mostrando la importancia del desarrollo de la medicina urbana francesa y recorriendo la historia de la constitución de los hospitales como espacios a la vez médicos y pedagógicos, en unas conferencias impartidas en Brasil en 1974, esos análisis serían reconsiderados y ampliados. Por un lado, la caracterización del sistema disciplinario que Foucault había desplegado a principios de los años setenta permitía resituar el modo en que el hospital acoge todo un conjunto de técnicas de vigilancia, observación y registro. Por otro, Foucault ampliaría su exploración de cómo la medicina moderna se habría constituido como una medicina social y no individual extendiendo sus análisis a la constitución de la medicina estatal alemana y la medicina social inglesa.

Foucault defenderá la tesis de que, lejos de la grilla de análisis historiográfica marxista que leería el despliegue de esas políticas médicas en función del desarrollo del capitalismo, ni el caso francés ni el caso alemán se ajusta demasiado a ese esquema. Tan solo con la medicina social inglesa, la preocupación por el cuerpo y la salud se inscribirán en la regulación de las fuerzas productivas. Si el caso francés mostraba cómo el desarrollo de la medicina urbana se había desplegado más bien en un marco administrativo -ante el cual, justamente, la propiedad privada supuso un límite político a sus planes de intervención- el caso alemán ilustraría cómo el despliegue de una medicina de Estado y el desarrollo de la higiene pública irían de la mano, señalaba Foucault, de “preservar la fuerza física nacional, su fuerza de trabajo, su capacidad de producción, así como su poderío militar. Hasta entonces, la medicina de Estado consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas, cuando no raciales” (Foucault, 2002, 344). Tesis que, como veremos, sería explorada ampliamente en el curso de *Hay que defender la sociedad*. Por tanto, esa medicina estatal fue concebida con fines políticos más que económicos, como un instrumento para fortalecer al Estado y no como un modo de regulación de la clase obrera:

A esa administración pública de salud no le interesaba el cuerpo de los trabajadores, sino el cuerpo de los propios individuos que, en su conjunto, constituían el Estado. No se trataba de la fuerza de trabajo, sino de la fuerza del Estado frente a estos conflictos, sin duda económicos, pero también políticos, que los enfrentaba con los países vecinos. Por eso la medicina debía perfeccionar y desarrollar esa fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina de Estado implicaba una cierta solidaridad económico-política. Sería falso, por lo tanto, pretender vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza de trabajo disponible y vigorosa (Foucault, 2002, 370)

La medicina social inglesa, por el contrario, sí habría tenido por objetivo el control de las clases obreras pobres bajo el doble principio de optimización de su fuerza laboral y minimización de los peligros epidemiológicos en términos de contagio “de clase”. En el caso inglés, hibridando los modelos anteriores, se articularía una vía administrativa, una vía asistencial y una medicina privada destinada a aquellos que pudiesen costearla:

El sistema inglés de Simon y de sus sucesores permitió, por un lado, establecer tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza de trabajo, y el registro general de control de la salubridad pública, protegiendo así a las clases más ricas de los mayores peligros. Por otro lado - y en ello reside su originalidad- , permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla. (Foucault, 2002, 384).

Ahora bien, la pendiente que interesa a Foucault en el marco de esos análisis es, más bien, trazar el arco general que marca las transformaciones entre el siglo XIX y el siglo XX. En el siglo XIX la medicina tenía un “exterior” que no ha dejado de borrarse en el último siglo. Desde una perspectiva general, afirmará, podría decirse que, a lo largo del siglo XX, hay un desplazamiento de la *enfermedad* a la *salud* como objeto de intervención médica. Una intervención que, por lo tanto, va más allá de las demandas de curación de los individuos a partir del momento que todo aquello que esté potencialmente vinculado con la salud (desde el agua o la vivienda a la ciudad) será susceptible de intervención:

Pero lo que caracteriza más específicamente al período actual en el interior de esta tendencia general, es que la medicina de los últimos decenios, al ejercer una acción que va más allá de las fronteras tradicionales definidas por los enfermos y las enfermedades, comienza a intervenir en todos los campos, ninguno de los cuales le es ajeno. Si bien en el siglo XIX la medicina ya había rebasado los límites clásicos, existían no obstante aspectos que no parecían «medicalizables». La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., que no estuvieran controladas ni codificadas por la medicina. [...] En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina nos encontramos con que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere criticar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos, esta crítica se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso. (Foucault, 2002, 355).

En el marco de esa serie de interrogaciones se despliega una de las cuestiones que inquieta los trabajos de Foucault: cómo y por qué ciertos ámbitos que anteriormente estaban fuera del campo de atención e intervención médica pasan a ser atravesados por la misma. Y, como vemos, ese desplazamiento arraiga en la historia misma de la medicina moderna donde, por un lado, la medicina urbana francesa introduciría todo un conjunto de ámbitos ambientales, la medicina estatal alemana, todo un conjunto de técnicas en torno a la higiene pública, y la medicina social inglesa, al cuerpo mismo de las fuerzas productivas. Si bien esa entrada en juego de la vida como objeto de gobierno está íntimamente ligada al desarrollo del capitalismo, Foucault tratará de mostrar cómo lejos de un análisis causal, lo que se produce es una interacción permanente entre todo ese conjunto de técnicas y prácticas de clasificación y normalización de los individuos que se mostrarán tremendamente útiles para el desarrollo del modelo productivo capitalista.

Como vemos, las reflexiones que acompañan esas conferencias estarán en la base de la hipótesis biopolítica enunciada en 1976. Tal como expone el primer volumen de *Historia de la sexualidad*:

Si se puede denominar "biohistoria" a las presiones mediante las cuales los movimientos de la vida y los procesos de la historia se interfieren mutuamente, 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 al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana; esto no significa que la vida haya sido exhaustivamente integrada a técnicas que la dominen o administren; escapa de ellas sin cesar. Fuera del mundo occidental, el hambre existe, y en una escala más importante que nunca; y los riesgos biológicos corridos por la especie son quizá más grandes, en todo caso más graves, que antes del nacimiento de la microbiología. Pero lo que se podría llamar "umbral de modernidad biológica" de una sociedad se sitúa en el momento en que la especie entra como apuesta del juego en sus propias estrategias políticas (Foucault, 2006a, 151).

Foucault enmarcará todo un conjunto de problemáticas en el seno de esa tesis general, analizadas como las consecuencias de la entrada de la población como un objeto político. Por un lado, la "proliferación de las tecnologías políticas, que a partir de allí van a invadir el cuerpo, la salud, las maneras de alimentarse y alojarse, las condiciones de vida, el espacio entero de la existencia" (2006a, 152). En segundo lugar, la configuración de una racionalidad política desplegada en torno a la regla y la norma en que los sujetos van a estar permanente inscritos, "una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida" (2006a, 153). En tercer lugar, una intensa regulación y vigilancia en torno a la sexualidad desarrollada tanto en términos médicos como en términos políticos (regulaciones demográficas, vigilancia y medicalización del de la sexualidad, despliegue de categorías psiquiátricas en torno a sus "trastornos", etc.).

Elaborando una suerte de genealogía general de ese proceso, en el curso de *Hay que defender la sociedad* – coetáneo a ese primer volumen de *Historia de la sexualidad*– Foucault exploraba la relación entre esa dimensión nacionalista y racista que había enunciado sumariamente en las conferencias de Brasil en torno a la medicina alemana. El curso traza una amplia genealogía de ese

proceso mostrando cómo un discurso histórico en torno a la guerra de razas -configurada en términos políticos en el marco de la lucha de la soberanía- mutaría en torno al siglo XIX en un modelo biologicista. Un estudio que desemboca en varios frentes de análisis: por un lado, cómo constituirá toda una política de la “defensa social” en tanto que el Estado asumirá la tarea de proteger a la sociedad de aquellos “peligros” que la amenazan. Por otro, cómo en base a ese desplazamiento se constituye una suerte de “racismo de Estado” donde la destrucción del “enemigo” pasará a ser leída en términos biológicos como el acto de “fortalecer” la propia nación a partir de la eliminación del mismo.

Las problemáticas relaciones que se establecen en el campo de la psiquiatría penal entre el sujeto de las ciencias humanas y el sujeto de las ciencias jurídicas o la importancia de la sexualidad como espacio de regulación política formarán, pues, parte de la relación política que el Estado establece con la población en el momento en que se asuma que la sociedad deba ser “defendida” de determinados peligros. Y la tesis de Foucault es que es esa voluntad de intervenir sobre los peligros sociales la que dará la entrada a la psiquiatría en el ámbito penal en tanto que esta podrá presentarse como una estrategia capaz de intervenir en esa higiene pública destinada a regularlos. Como señalaba en un texto en que Foucault analizaba la evolución de la figura del “individuo peligroso”:

Si la psiquiatría se convirtió en algo tan importante en el siglo XIX no es simplemente porque aplicase una nueva racionalidad médica a los desórdenes de la mente o de la conducta, sino porque funcionaba como una forma de higiene pública. El desarrollo, en el siglo XVIII, de la demografía, de las estructuras urbanas, del problema de la mano de obra industrial, había suscitado la cuestión biológica y médica de las “poblaciones” humanas, con sus condiciones de existencia, de hábitat, de alimentación, con su natalidad y su mortalidad, con sus fenómenos patológicos (epidemias, endemias, mortalidad infantil). El “cuerpo” social dejó de ser una simple metáfora jurídico-política (como la que se formula en el Leviathan) para convertirse en una realidad biológica y en un terreno de intervención médica. El médico debía de ser pues el técnico de ese cuerpo social, y la medicina una higiene pública. La psiquiatría, en el tránsito del siglo XVIII al XIX, adquirió su autonomía y se revistió de tanto prestigio porque pudo inscribirse en el marco de una medicina concebida como reacción a los peligros inherentes al cuerpo social. Los alienistas de la época han podido discutir hasta el infinito acerca del origen orgánico o psíquico de las enfermedades mentales, han podido proponer terapéuticas físicas o psicológicas, sin embargo, a través de sus divergencias, todos eran conscientes de tratar un “peligro” social, puesto que la locura estaba ligada, a su juicio, con condiciones malsanas de existencia (superpoblación, promiscuidad, vida urbana, alcoholismo, desenfreno), o era percibida como fuente de peligros (para uno mismo, para los demás, para el entorno y también para la descendencia por mediación de la herencia). La psiquiatría del siglo XIX fue una medicina del cuerpo colectivo al menos en la misma medida que una medicina del alma individual. (Foucault, 1986, 108).

Sin embargo, si bien ese diagnóstico constituye una primera hipótesis en torno a cómo la cuestión biopolítica se constituye ligada a la cuestión del “peligro” social, no explica por qué esa noción de “peligro” entra en el campo de la racionalidad política. La respuesta a esa pregunta será desplegada en el marco de los cursos de *Seguridad, Territorio, Población* y *El nacimiento de la biopolítica* donde algunos de los problemas planteados en el curso de 1976 serán abordados a partir

de una grilla de análisis distinta. Por un lado, Foucault acompañará la constitución misma de ese nuevo “recorte” de la población a partir de todo un conjunto de técnicas policiales desplegadas en el siglo XVII. Una vez analizado cómo ese espacio de la población se constituye como un campo de gobierno, acompañará el modo en que, en el seno del liberalismo, esa población viva será concebida como un campo problemático donde la “producción de libertad” y la “regulación del peligro” no dejarán de reenversarse el uno al otro en el marco de los dispositivos disciplinarios y de seguridad. Por tanto, la razón de que la medicina y la higiene pública pasen a formar una parte esencial de la respuesta a esos peligros se hace inteligible a partir del modo en que el liberalismo se configura como una racionalidad de gobierno cuyo objeto político será la sociedad:

El liberalismo participa de un mecanismo en el que tendrá que arbitrar a cada instante la libertad y la seguridad de los individuos alrededor de la noción de peligro. En el fondo, si por un lado [...] el liberalismo es un arte de gobernar que en lo fundamental manipula los intereses, no puede - y ésta es la otra cara de la moneda - manipularlos sin ser al mismo tiempo el administrador de los peligros y de los mecanismos de seguridad/libertad, del juego seguridad/libertad que debe garantizar que los individuos o la colectividad estén expuestos lo menos posible a los peligros (Foucault, 2007b, 86).

Por otro lado, Foucault tratará de mostrar en esos cursos cómo a partir de todo un conjunto de transformaciones en las prácticas gubernamentales puede hacerse un análisis de las distintas formas que adopta el Estado en nuestra historia reciente. Así, si bien la Razón de Estado absolutista se había configurado como una gubernamentalidad que giraba en torno al fortalecimiento del mismo, tanto las tecnologías disciplinarias como securitarias desplegadas en el marco del liberalismo y el neoliberalismo, se inscribirían en una racionalidad política cuyo objeto sería la minimización del mismo. A través de la historia distintiva de esas formas de Estado podremos ver no solo cómo se establecen distintas racionalidades políticas en torno a cómo gestionar la vida y la muerte de la población, sino también en qué mutaciones esenciales nos sitúa el neoliberalismo contemporáneo en relación al *Welfare State* que había caracterizado las políticas europeas tras la Segunda Guerra Mundial.

BIOPOLÍTICA Y TANATOPOLÍTICA DEL ESTADO

En una de las conferencias dictadas por Foucault en Estados Unidos en 1982 titulada “La tecnología política de los individuos”, introducía la cuestión biopolítica señalando la paradoja histórica que supone que la constitución de los grandes planes estatales de medicina coincidan con momentos de elevada intensidad bélica. Dos de los mismos, el instaurado en Alemania entre finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX y el Plan Beveridge instaurado en Inglaterra en 1942, son coetáneos a la Revolución Francesa y la Segunda Guerra Mundial. “Se podría resumir tal coincidencia con una consigna –señalaba Foucault- «Ir a ser masacrados, les prometemos una larga y agradable vida»” (Foucault, 2004, 215). Más allá de ese pequeño sarcasmo, la cuestión es explorar cómo y en base a qué razones los Estados modernos anudan en torno así esa paradójica antinomia entre cuidar de la población y exponerla a la muerte. Así pues, no es lo mismo que la medicina se sitúe en el marco

del Estado como un garante de la “fortaleza” de la nación -tal como sucedía con la medicina estatal alemana- a que se sitúe en el seno de prácticas administrativas de regulación del medio y la ciudad -como sucedía con la medicina urbana francesa- o a que lo haga en términos de intervención sobre las “fuerzas productivas” -como en el caso inglés-. Por tanto, si la relación entre medicina y Estado característica de los últimos cincuenta años viene marcada en Europa por los sistemas de “seguridad social” configurados en torno al *Welfare State*, es necesario analizar cómo funcionaba en el seno de los mismos esa relación entre cuidado médico y regulación estatal y cómo las críticas al mismo efectuadas por los gobiernos neoliberales de los años setenta van de la mano de algunos desplazamientos sustantivos en el modo de pensar la relación entre “seguridad social” y Estado.

En las citadas conferencias de Brasil de 1974, Foucault daba cuenta del Plan Beveridge como el modelo de organización social de la salud que se extenderá a numerosos países tras la Segunda Guerra Mundial. Un modelo que, sin embargo, constituiría una diferencia fundamental con el desplegado en el siglo XIX. Foucault señalaba cómo, desde esa perspectiva, podría decirse que el *cuerpo* habría entrado doblemente en el marco económico: por un lado como cuerpo asalariado y, por otro, en el momento en que la *salud* se constituye como un objeto de mercado. Ahora bien, con una diferencia fundamental:

De este modo el cuerpo humano se vio doblemente introducido en el mercado: en primer lugar, a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde por mediación de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc. A partir del momento en que el cuerpo humano entra en el mercado por medio del consumo de salud, aparecen diversos fenómenos que provocan disfunciones en el sistema de salud y en la medicina contemporáneas. (Foucault, 2002, 357).

A partir de ese momento, la medicina se vinculará a la economía de modo distinto, dado no se trata de ya de que pueda incidir en una fuerza de trabajo susceptible de ser capitalizada, sino de producir riqueza *per se*, en tanto que la salud se convierte en objeto de consumo que puede ser producido. En segundo lugar, en el marco del Plan Beveridge la salud ya no será concebida en términos de “beneficio del Estado” (como en el caso alemán) sino en términos de “un nuevo derecho, de una nueva moral, de una nueva economía, de una nueva política del cuerpo” (Foucault, 2002, 345). En tercer lugar, por primera vez la salud va a integrarse en los cálculos presupuestarios formando parte de un equilibrio redistributivo que constituiría una contraprestación a la desigualdad salarial. En base a esos desplazamientos, señalaba, la salud ha devenido un espacio de lucha política desde la Segunda Guerra Mundial constituyendo a su alrededor una suerte de *somatocracia* que es necesario analizar:

Vivimos en un régimen en el que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre la enfermedad y la salud. El nacimiento de esta somatocracia, que desde que se inició está en crisis, es precisamente lo que me gustaría analizar. (Foucault, 2002, 346).

Ahora bien, Foucault señala que, sin embargo, en el momento en que el cuerpo humano y la salud entran en el circuito del consumo y del mercado, contra todo pronóstico, se observa que el nivel de vida y el nivel de salud no se elevan de modo correlativo: a pesar del aumento de consumo médico, la tasa de mortalidad se mantiene (2001d, 55). Foucault dirá que, en el momento en que se estudian los factores vinculados al descenso de la misma, dimensiones como la educación acaban teniendo más incidencia que el consumo de salud. Por otro lado, el pretendido factor correctivo de las desigualdades sociales que animaba el *Welfare State* tampoco se produce en tanto que son las clases adineradas las que más utilizan los servicios de la medicina pública. Y en ese sentido, Foucault apuntaba, en relación a la sociedad francesa cómo:

Los ricos continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres, como se pone bien de manifiesto en Francia, lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea, los más pobres, paguen con sus cotizaciones el superconsumo de los más ricos. Además, las investigaciones científicas, y la mayor parte de los equipamientos hospitalarios más valiosos y caros, son financiadas por la Seguridad Social, mientras que los sectores privados son los más rentables porque utilizan equipos técnicamente menos complicados. Lo que se denomina en Francia hospedería hospitalaria, es decir, la hospitalización breve por motivos leves, tales como una pequeña operación, pertenece al sector privado, que de esa manera es sostenido por la financiación colectiva y social de las enfermedades. (Foucault, 2002, 359).

En tercer lugar, cuando se plantea la cuestión de quiénes son los beneficiarios últimos de ese lucro, dirá Foucault, en ningún caso son los médicos, sino las grandes empresas farmacéuticas:

En efecto, la industria farmacéutica está basada en la financiación colectiva de la salud y de la enfermedad, a través de las instituciones de la Seguridad Social, que obtienen fondos procedentes de personas que están obligadas a protegerse contra las enfermedades. Esta situación, de la que aún no son perfectamente conscientes los consumidores de la salud, es decir, los asegurados sociales, sin embargo los médicos la conocen perfectamente. Estos profesionales son cada vez más conscientes de que se han convertido en intermediarios semiautomáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simples distribuidores de medicamentos y de medicación (Foucault, 2002, 359).

Por tanto, como vemos, el problema no es el *Welfare State* en sí mismo, sino todo un conjunto de efectos que se articulan en torno a él. Por un lado, el problema político de que, en esa dinámica de funcionamiento, lejos de corregir esas “desigualdades sociales” las fortaleciesen de otro modo dado que, atendiendo a los datos aportados por Foucault, las clases altas se estarían beneficiando de un sistema médico costado por las más desfavorecidas y, por otro, porque a través del mismo se reforzaría toda una mercadotecnia de la salud cuyos principales benefactores serían las industrias farmacéuticas. Por tanto, un mecanismo destinado políticamente a favorecer la igualdad se convertía en un mecanismo que reforzaba la desigualdad económica:

Vemos así que la igualdad del consumo médico que se esperaba de la Seguridad Social se pervirtió en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX.

En la actualidad el derecho a una salud igual para todos está atrapado en un engranaje que lo transforma en desigualdad. (Foucault, 2002, 359).

En el marco del estudio en torno a la racionalidad política desplegada por la gubernamentalidad liberal y neoliberal Foucault retomará en el curso de 1979, *El nacimiento de la biopolítica*, la cuestión del *Welfare State* integrándolo en lo que califica como la “crisis de gubernamentalidad” que atraviesa el liberalismo. Analizando desde ese marco las relaciones entre liberalismo y las tecnologías disciplinarias señalará cómo las relaciones entre ambas forman parte de esa crisis. En el seno del liberalismo se habría producido una “formidable extensión de los procedimientos de control, coacción y coerción que van a constituir la contrapartida y el contrapeso de las libertades” vehiculadas por esas tecnologías disciplinarias que “se hacen cargo del comportamiento de los individuos diariamente y hasta en el más fino de los detalles” (Foucault, 2007b, 87). El panóptico de Bentham se inscribiría perfectamente en esa lógica liberal en tanto que proporcionaba un sistema de vigilancia permanente que garantizaba que la intervención efectiva solo se produjese en el momento en que algo se desviaba de la “mecánica general de los comportamientos, de los intercambios, de la vida económica” (2007b, 89). Si el liberalismo se caracteriza por la introducción de esos mecanismos biopolíticos securitarios, al hacer funcionar las tecnologías disciplinarias en el seno de los mismos, no haría sino incrementar e intensificar sus conflictos:

[...] en la época misma de establecimiento de los mecanismos de seguridad, lo disciplinario provocó, no la explosión, pues no la hubo, sino los conflictos más manifiestos y visibles (Foucault, 2006b, 24).

En relación a esa relación entre libertad y control, Foucault inscribirá la paradoja liberal de cómo apelando a la necesidad de producir libertades estas acaban siendo antinómicas entre sí. Tras la crisis del 29 las políticas del *Welfare State* habrían constituido un modo de producir “libertad de trabajo, libertad de consumo y libertad política” en una situación de desempleo que resultaba peligrosa para la estabilidad general. Unas libertades que serían garantizadas a partir de “toda una serie de intervenciones, intervenciones artificiales, voluntaristas, intervenciones económicas directas en el mercado” (2007b, 90). Sin embargo, esas mismas medidas serían consideradas por el neoliberalismo de los años setenta como “amenazas, en sí mismas, de un nuevo despotismo. En ese caso las libertades democráticas sólo se garantizan por medio de un intervencionismo económico denunciado como una amenaza para ellas” (2007b, 90).

Por tanto, al hacer una genealogía de cómo se configura de modo contemporáneo esa crítica al Estado como un ente intrínsecamente expansivo y totalizador, Foucault muestra cómo esta arraiga en el diagnóstico que los liberales efectúan del *Welfare State* como una forma de “intervencionismo estatal” que, situándola al lado de los estados fascistas y comunistas, constituiría una amenaza que es necesario contrarrestar. A partir de esas reflexiones, el ordoliberalismo alemán desplegará una reformulación de las relaciones entre sociedad civil y Estado que postulaba el liberalismo. Allí donde el liberalismo concebía el mercado como un espacio natural de intercambio ante el cual era necesario *laissez faire* -no intervenir- el neoliberalismo lo concebirá como un espacio

de competencia permanente cuyo dinamismo hay que animar. Paso, pues, de una “sociedad mercancía” a una “sociedad empresa” donde el gobierno de la sociedad se concebirá como el gobierno de las relaciones entre individuos que se conducen como “empresarios de sí mismos”. En el marco de esas transformaciones, Foucault dará cuenta de cómo las políticas neoliberales abordarán esas problemáticas relaciones entre el Estado y la “seguridad social” y la “seguridad criminal”. Para ello analiza, por un lado, las propuestas de Giscard en Francia y, por otro, ciertas reformulaciones de la tecnología penal desplegadas en Estados Unidos señalando cómo ambas se manifiestan como la extensión – y radicalización- de ese modelo ordoliberal que caracteriza nuestras sociedades contemporáneas.

En el caso Francés, Giscard, retomando las propuestas de Stoléru y Stoffaes postulaba la posibilidad de un “impuesto negativo” (2007b, 242) concebido como un subsidio que podría ser asignado a aquellos sujetos en “riesgo de exclusión” incapaces de proveerse por sí mismos todo un conjunto de servicios como la educación o la sanidad. Por tanto, la propuesta para minimizar todo el sistema de “seguridad social” se basaría en fijar un umbral en función del cual se estableciese qué sujetos deben optar a esos subsidios mientras el resto de la población debería proveérselos por sí mismos. Un umbral que, por tanto, configura un nuevo modo de exclusión/inclusión que podrá ser establecido políticamente de modo oscilante según las necesidades del mercado. Lejos de las viejas aspiraciones al pleno empleo acompañaban las políticas del Welfare State, esas políticas neoliberales garantizarían más bien una suerte de “existencia mínima” (2007b, 248) a todo un conjunto de la población sin necesidad de que trabajen. Por tanto, en el marco de esa forma de sociedad empresa formulada por el ordoliberalismo alemán, esas medidas constituirían un modo de eliminar la cuestión de la “seguridad social” del tablero, haciéndola pasar por completo del lado del mercado:

Ahora bien, un proyecto semejante no es otra cosa que la radicalización de los temas generales acerca de los cuales les hablé con referencia al ordoliberalismo, cuando los ordoliberales alemanes explicaban que el objetivo principal de una política social no era, por cierto, hacerse cargo de todos los riesgos que pudiesen afectar a la masa global de la población, y agregaban que una verdadera política social debía ser tal que, sin tocar en absoluto el juego económico y, por consiguiente, dejando que la sociedad se desarrollara como una sociedad de empresa, se estableciera una serie de mecanismos de intervención para asistir a quienes lo necesitaran en el momento , y sólo en el momento que lo necesitaran (Foucault, 2007b, 248).

En el seno del neoliberalismo americano, Foucault constataba un desplazamiento similar en torno a la relación entre crimen y seguridad. A partir de los argumentos de Stiegler Foucault mostrará cómo el crimen, analizado en el seno de esa racionalidad securitaria, dejaría de ser contemplado como algo que hay que eliminar para ser concebido como un fenómeno que es necesario regular subordinando esa intervención a un cálculo de costes. Concibiendo el crimen, no ya en términos antropológicos, sino como una “acción” ante la cual un individuo corre el riesgo de ser “castigado”, podrá desplazarse la pregunta por “quién es” el sujeto susceptible de castigo por la de “cualquiera” que cometa una acción susceptible de punición o de responder a ciertas intervenciones cuyo objetivo sería disuasorio y calibrable en términos de ganancias o pérdidas. A partir de ese desplazamiento, la

ley será susceptible de reinscribirse como uno más de los múltiples mecanismos disuasorios y reguladores que conforman esa lógica securitaria para funcionar dentro de esa *gubernamentalidad ambiental*.

En otras palabras, todas las distinciones antes establecidas, todas las distinciones que pudieron introducirse entre criminales natos, criminales ocasionales, perversos y no perversos, reincidentes, etc., no tienen ninguna importancia. Es preciso admitir que, de todas formas, por patológico, si se quiere, que sea el sujeto en determinado nivel y visto desde determinada perspectiva, hasta cierto punto, en cierta medida es *responsive* a los cambios en las ganancias y las pérdidas; vale decir que la acción penal debe ser una acción sobre el juego de las ganancias y las pérdidas posibles, una acción ambiental (Foucault, 2007b, 302).

A raíz de todos los ámbitos analizados hasta ahora podemos retomar cómo a la luz de las hipótesis desarrolladas en los cursos de *Seguridad, Territorio, Población* y *El nacimiento de la biopolítica* cabe resituar ese arco general de transformación en torno a las diferentes relaciones entre medicina y Estado en el siglo XIX y el siglo XX. Esa mutación marca también la diferencia entre el diagnóstico que Foucault efectúa en torno al Plan Beveridge y el *Welfare State* a través las críticas que los neoliberales realizarán respecto al mismo. Como hemos visto, en el marco del neoliberalismo la tendencia sería hacer desaparecer todos aquellos mecanismos disciplinarios que, en el siglo XIX, se habían articulado con esa formado parte de esa necesidad de “defender la sociedad” de todo un conjunto de peligros con que Foucault caracterizaba la relación entre población y Estado en el marco de liberalismo. Ahora bien, esas críticas neoliberales eludían, a través de esa crítica del Estado, la antinomia intrínseca al propio liberalismo que está en la base de esa pendiente: el conflicto que, en el marco de ese gobierno biopolítico de la población, induce la relación siempre problemática de una “exposición” al peligro y las estrategias de “seguridad” desplegadas ante el mismo.

Por tanto, ese modelo ordoliberal constituye un nuevo modo de gubernamentalidad que no deja de intensificar, de otro modo, la tendencia que ya introducía el liberalismo: una sociedad donde la “seguridad” (y con ella, la regulación del “orden social”) están “por encima de la ley” (Foucault, 2001d, 366). En una entrevista realizada en 1977, Foucault señalaba cómo, a diferencia del “pacto territorial” característico del modelo soberano, lo que caracteriza nuestras sociedades es, pues, un “pacto de seguridad”. Y esa relación implica que “es un Estado que está obligado a intervenir en todos los casos en que un acontecimiento singular, excepcional, perfora la trama de la vida cotidiana”. (20012, 50) que irá de la mano, no de una suerte de regulación totalitaria ni efectuada a partir de un exceso de poder sino, dirá Foucault, de una respuesta solícita en tanto que se presenta como dispuesto a intervenir, incluso más allá de la ley, ante cualquier acontecimiento extraordinario que amenace esa seguridad. De ahí, afirmaba, la amenaza y la angustia que suscita el terrorismo en tanto que pone en tela de juicio esa capacidad real de garantizar la seguridad de la población. Por tanto, por un lado, nos encontraríamos ante un sistema altamente “insecurizante” que, al mismo tiempo, expone nuestras vidas a todo un conjunto de intervenciones, controles, vigilancias, regulaciones, en nombre de esa seguridad:

Ya no nos encontramos en el orden de los accidentes cubiertos por la sociedad "aseguradora"; estamos en presencia de una acción política que "inseguriza" no solo la vida de los individuos, sino la relación de estos con todas las instituciones que hasta el momento los protegían. De ahí la angustia provocada por el terrorismo. Angustia en los gobernantes. Angustia también en las personas que otorgan su adhesión al Estado, aceptan todo, los impuestos, la jerarquía, la obediencia, porque el Estado protege y garantiza contra la inseguridad (Foucault, 2012, 51).

Por otro, añadía, se trata de un tipo de poder mucho más sutil y hábil que el que habían puesto en marcha los sistemas totalitarios en tanto que va acompañado, como veíamos, de una aparente tolerancia a determinados fenómenos y comportamientos que, sin embargo, se permiten mientras estos no devengan "peligrosos" en el marco de esa regulación biopolítica general:

Las sociedades de seguridad que están en proceso de formación toleran por su parte toda una serie de comportamientos diferentes, variados, en última instancia desviados y hasta antagónicos entre sí; con la condición, es cierto, de que se inscriban dentro de cierto marco que elimine casas, personas y comportamientos considerados como accidentales y peligrosos. Esta delimitación del "accidente peligroso" corresponde efectivamente al poder. Pero en ese marco se toleran un margen de maniobra y un pluralismo infinitamente más grandes que en los totalitarismos. Es un poder más hábil, más sutil que el del totalitarismo. (Foucault, 2012, 51).

Retomando la paradoja a la que apuntaba Foucault entre esos planes estatales y la movilización bélica de la población la pregunta es, pues, qué sucederá ahora que ese "pacto de seguridad" fracasa en tanto que el Estado deja de ser el garante securitario para desplazar todo un conjunto de ámbitos de los que se hacía cargo a las dinámicas del mercado. Por otro lado, en el marco bélico, poco a poco los "servicios militares" y la consideración de la población civil como población susceptible de ser llamada a filas ha desaparecido. Por tanto, ya no existe esa gubernamentalidad que, construida en torno a la Razón de Estado, hacía del mismo un espacio al mismo tiempo de obediencia y salvación. En segundo lugar, en esa mutación, el papel del Estado en relación a la sanidad y el fomento de una "economía de la salud" cambia sustancialmente en tanto que los Estados neoliberales, a diferencia del *Welfare State*, inscriben en el ámbito económico no solo la "salud" en términos amplios sino las propias infraestructuras de acceso a los cuidados y las curas. Ese desplazamiento constituye una mutación fundamental del modo en que la población es "expuesta" a los riesgos que, como veíamos, constituían una relación inherente al propio liberalismo. Así, enlazando una y otra problemática, se preguntaba Foucault:

Un aparato fabricado para asegurar la seguridad de las gentes en el terreno de la salud ha alcanzado pues un punto de su desarrollo en el que va a ser preciso decidir qué-determinada enfermedad, qué determinado tipo de sufrimiento ya no se beneficiará de ninguna cobertura —un punto en el que la vida misma, en determinados casos, no recibirá ninguna protección—. Esto plantea un problema político y moral que se asemeja, guardando las diferencias, a la cuestión de saber qué derecho tiene un Estado para exigir a un individuo que vaya a dejarse matar en la guerra. Esta cuestión, sin haber perdido en absoluto nada de su carácter acuciante, ha sido perfectamente integrada en la conciencia de la gente a través de largos derroteros históricos de tal forma que los soldados han efectivamente aceptado el hacerse

matar —y por tanto situar su vida al margen de la protección—. La cuestión que se suscita en el presente es saber cómo las personas van a aceptar estar expuestas a determinados riesgos sin conservar el beneficio de una cobertura por el Estado-providencia (Foucault, 1985, 222)

Por tanto, si en el marco del *Welfare State* la pregunta política era hasta qué punto el Estado podía o no satisfacer unas demandas potencialmente infinitas en el marco de la salud y cómo era el encargado de regular y decidir qué quedaba cubierto y qué no en función de unos presupuestos estatales (Foucault, 2001d, 1186), la entrada de la salud en el mercado neoliberal donde el Estado se sitúa como una pieza clave de la dinamización del mismo radicaliza esa dimensión económica en tanto que el criterio de decisión pasa a ser la rentabilidad misma.

CRÍTICA DE LA ECONOMÍA BIOPOLÍTICA

En vistas a todo lo expuesto vamos a finalizar, pues, desplegando algunos de los ejes problematizados por Foucault en torno a la cuestión biopolítica tratando de acompañar de modo simultáneo las mutaciones que el neoliberalismo contemporáneo introduce en los mismos y hacia dónde podría hacerlos bascular. Si sus estudios habían girado en torno a cómo el desarrollo de las ciencias humanas no podía aislarse de una historia económica y política, a nuestro juicio, la pendiente introducida por el neoliberalismo apunta a un desbordamiento de las relaciones que había estudiado Foucault situándonos en una gubernamentalidad que se desplaza más allá de las mismas. Por tanto, y situando esas reflexiones en un marco meramente especulativo, vamos a tratar de extender esas reflexiones foucaultianas hasta los límites de nuestro presente permitiéndonos trazar algunos lineamientos posibles más allá de lo analizado por el autor.

En primer lugar, en torno a la problemática que introducía la OMS en relación al efecto de los tratamientos antibióticos y antimicrobianos, Foucault aludía en las citadas conferencias impartidas en Brasil en 1974 a una cuestión que tan solo allí será expuesta explícitamente aunque esté íntimamente relacionada con la cuestión misma de la biopolítica. Se trataba de plantear cómo ciertas intervenciones médicas contemporáneas habrían tenido la potestad de afectar, por primera vez en la historia, al desarrollo de la vida misma. En el momento en que se introducen masivamente esos tratamientos antibióticos y anti-infecciosos, señalaba allí Foucault, no solo se interviene sobre aquellas patologías que tratan de combatir sino que, en términos generales, esa intervención modifica el umbral de sensibilidad de los organismos ante esos agentes. Una problemática que, como vemos, sigue siendo objeto de preocupación en la comunidad médica dado que en unas décadas podríamos encontrarnos ante el hecho de que esos antibióticos ya no tienen efecto en tanto que los virus se han hecho inmunes a los mismos. Lo mismo, señalaba el autor, puede decirse en relación a la manipulación genética de células vivas, de bacilos o virus o de cómo la tecnología médica ha permitido desarrollar armas biológicas para las que no hay defensa y que sigue constituyendo un motivo de alarma ante el desencadenamiento de un conflicto bélico que involucre su uso. Por tanto, en esos aspectos, como vemos, no se trata de que la vida esté expuesta en términos de la falta de saber médico en determinados campos, algo inherente a la historia misma de la medicina, sino de cómo es el

despliegue positivo de la misma el que, por primera vez en la historia, introduce una mutación relevante en tanto que la vida misma puede ser modificada. De ahí que Foucault señalase, como apuntábamos, a que hemos entrado en una “biohistoria”:

En nuestros días se descubre algo nuevo: la historia del hombre y la vida están profundamente imbricadas entre sí. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni se limita a reproducirla, sino que la retoma, hasta cierto punto, y puede ejercer sobre su proceso una serie de efectos totalmente fundamentales. Éste es uno de los grandes riesgos de la medicina actual, y una de las razones que puede explicar el malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población en general, y que se refiere a los efectos de la acción médica. (Foucault, 2002, 351).

En segundo lugar, en relación a la polémica generada en torno al DSM-V, como veíamos, desde el propio espacio médico y psiquiátrico se alertaba de una posible sobrediagnóstico y sobrepatologización de la vida cotidiana acompañada de una sobremedicación. Ahora bien, más allá de esa reflexión crítica del propio campo psiquiátrico en relación a los límites diagnósticos que cabe estipular, la cuestión de esa patologización de la vida cotidiana presenta un problema mucho más profundo. En el seno del ámbito clínico y psiquiátrico la controversia en torno al peso que cabe otorgar a la dimensión psicobiológica y su intervención farmacológica atraviesa todo el siglo XX. Una intensa discusión desarrollada particularmente en torno a la cuestión de la terapéutica. El psicoanálisis, de modo intenso, pero también numerosas corrientes de corte sistémico o humanista, han apostado por defender que el espacio de la clínica terapéutica no puede ser substituido por un tratamiento farmacológico abanderando en muchos casos una lucha en torno a las consecuencias de una medicalización generalizada de la población. Dejando a un lado esa discusión en torno a los límites de lo psíquico o lo biológico en relación a las patologías psiquiátricas y su terapéutica, el problema a plantear es si esa controversia no se despliega ya en unos marcos epistemológicos que hacen imposible atender a la dimensión política y social del malestar. Bajo esa perspectiva, si bien, efectivamente, ese malestar social produce síntoma, abordarlo tan solo en ese extremo reconduce la dimensión histórica y política del mismo a un marco psicobiológico que impide nombrarlo como tal. En el momento en que el hombre es pensado, bien a partir de una naturaleza humana -por definición transhistórica- bien a partir de su historia vital y afectiva concreta, se inhabilita la posibilidad de pensar los modos de transformación histórica en el seno de los cuales se conforman nuestras experiencias. Y ese espacio es, justamente, el que permite abrir la tentativa foucaultiana de pensar al hombre fuera de los límites del pensamiento antropológico. Si bien en el momento en que el malestar social hace síntoma el tratamiento terapéutico (clínico o farmacológico) es lo que permite mantenerse a flote, es necesario dotarse de las herramientas teóricas y prácticas para plantear la dimensión común de ese malestar pudiendo politizar, desde ahí, la crítica de las formas de vida que lo producen.

Por otro lado, como veíamos, las reflexiones de Foucault giraban en torno a cómo, en el paso del siglo XIX al siglo XX, todo un conjunto de ámbitos que no estaban “codificados” por la medicina no pueden pensarse hoy fuera de la misma. La higiene, la sexualidad, el cuerpo o la alimentación han pasado a formar parte del ámbito de la “salud”. En relación a la sexualidad, uno de los campos más

estudiados por Foucault, el problema permitía plantear, entre otras dimensiones, cómo, cuándo y por qué la sexualidad pudo ser pensada como enfermedad y ser susceptible de intervención médica y “terapéutica” y cuáles son sus consecuencias en el modo de constituirnos como sujetos. Como es sabido, la homosexualidad formaba parte de los primeros manuales diagnósticos psiquiátricos y fue posteriormente eliminada. Si bien ahora esa inclusión forma parte de la historia “incómoda” de la psiquiatría cabe recordar, sin embargo, cómo, pese a la amplia movilización LGTBI, si bien el *Trastorno de la identidad sexual* ha desaparecido del DSM vigente, permanece el *Trastorno de disforia de género*. Por tanto, en relación a la intensa movilización en torno a las luchas LGTBI, ese campo de batalla dista de estar zanjado (no hace falta recordar en cuantos países la gente sigue siendo perseguida o censurada por su condición sexual). Ahora bien, en el marco de la relación entre placer, deseo y sexualidad, esa problemática va más allá de su circunscripción clínica. Una parte fundamental de las investigaciones foucaultianas a lo largo de sus últimos años se basaba en explorar cómo a lo largo de nuestra historia se configuró un sujeto de deseo cuyo escrutinio situaría la revelación de una verdad sobre sí mismo. Frente a ello, Foucault exploraba la posibilidad de considerar los placeres como prácticas que, desprovistas de esa relación entre subjetividad y verdad, pudiesen situar en otro lugar esas relaciones. Se trataba de liberar al sujeto de que su identidad, la verdad de quién es, estuviese vinculada a la verdad de su sexualidad. Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto ese desplazamiento hacia los placeres que Foucault consideraba como emancipatorio de ese dispositivo ha entrado hoy en un nuevo ámbito de gobierno que no es el de esa relación entre el sujeto y su identidad sexual, sino en el de una mercadotecnia del propio placer. Desplazándose del ámbito clínico al ámbito mediático nos encontramos hoy con una intensa producción de esos discursos del “*how to do it*” vinculados a intensificar, “mejorar” y “cualificar” las prácticas sexuales. Por otro lado, a través de las redes sociales se moviliza intensamente un mercado afectivo y sexual que, lejos de celebrar como una liberación, es necesario problematizar en otros términos ¿Cómo cabe pensar, pues, ese desplazamiento? ¿En qué sentido se sitúan todos esos discursos, prácticas y técnicas en el marco de un gobierno de los afectos, la sexualidad y el placer en sí mismos? Si ante el gobierno normalizado de la sexualidad se produjo en los años sesenta toda una oleada de “liberación” que Foucault analizaba con recelo, nos encontramos ahora con sujetos que más bien se reivindican como “asexuales” (ACES, 2006) apareciendo todo un nuevo tipo de categorías en base a las cuales se abre la posibilidad de “salir” de ese dispositivo sexoafectivo. ¿Cabe, pues, pensar esas manifestaciones como un modo distinto de resistencia ante esa mutación del dispositivo de la sexualidad o se trata de otra cosa?

Por otro lado, la cuestión de la alimentación y los efectos derivados de la misma constituyen hoy un campo de intensa problemática social que se despliegan en un nuevo campo de gubernamentalidad biopolítica. El reciente impuesto a las bebidas azucaradas en Cataluña (Generalitat de Cataluña, 2017) no es más que uno de los efectos de superficie de una intensa inquietud en torno a qué comemos, cómo se produce y sus efectos. Y ahí, de nuevo, aparece un nuevo ámbito donde las desigualdades sociales atraviesan la cuestión de la “salud”. Nos adentramos en un nuevo clasismo vinculado a esa “somatocracia” a la que aludía Foucault que, intensificando la salud como un objeto

de mercado, despliega todo un nicho en torno a alimentos “saludables” y “ecológicos” –que no están al alcance de todo el mundo- al tiempo que se alerta de las consecuencias para la población del consumo de una “*fast food*” de bajo coste. Exactamente lo mismo sucede con el amplio mercado a disposición de esa producción del cuerpo que produce todo un conjunto de cuerpos “normativos” como “saludables”, intensificando a su alrededor la exclusión de aquellos cuerpos que no encajan en los mismos. Problemática ligada, indudablemente, al modo en que ese malestar con el propio cuerpo hace síntoma en el marco de los trastornos alimentarios y, muy particularmente, entre adolescentes. Si en torno a la sexualidad se hacía necesario desplazar esa dimensión del campo de la “salud” en tanto que esa inserción vehiculaba su patologización, ¿qué tipo de relación con el propio cuerpo puede pensarse más allá de ese marco de lo “saludable-no saludable”?

Vinculado a esa cuestión de la normalización, como hemos mostrado, esa ha sido una de las cuestiones problematizadas intensamente por Foucault en relación a los mecanismos de clasificación que la hacían posible. Como veíamos, los dispositivos disciplinarios se distinguían de los securitarios, entre otras cosas, por sus modos de funcionamiento en torno a la norma. La distinción binaria que se establecía en torno a lo normal y lo anormal en el modelo disciplinario mutaba, en el modelo securitario, en todo un conjunto de parámetros donde cualquier sujeto es situado en múltiples curvas de normalidad ocupando en ellas posiciones diferentes. El retroceso de las técnicas disciplinarias de la clasificación y el examen de los individuos se traducen hoy en una nueva clasificación transversal de competencias donde la atención se fija en los procesos y en la monitorización o “tutorización” de los mismos. Desplazamiento, por tanto, hacia todo un conjunto de ámbitos donde nuestras capacidades y habilidades pueden ser situadas. No se trata ya de escindir binariamente lo normal de lo anormal sino de situar al sujeto en una amplia grilla de posiciones relacionales que marcarán, como si de una empresa se tratase, sus “Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades” (Humphrey, 2005). La proliferación de todo un conjunto de estrategias de “gobierno de uno mismo y de los otros” articuladas en torno al *coaching*, la autoayuda o los manuales de emprendeduría habilitan, pues, un nuevo marco de gubernamentalidad en torno a las conductas, deseos, motivaciones o pensamientos de los sujetos. Situándolos en un permanente juego de inclusión-exclusión de un umbral que debe alcanzar por sí mismo, se trata de autoproducirse permanentemente en base a unos criterios fluctuantes. Por tanto, nuestras vidas ya no están “expuestas” tanto a un sistema de clasificación como a un sistema securitario que nos lleva a calibrar permanentemente nuestros “riesgos”, nuestras “inversiones” o nuestras “capacidades” en el marco de esa gestión empresarial de uno mismo.

Por último y, atendiendo a una problemática más específica, Foucault trataba de explorar cómo en el momento en que la dimensión política de la “peligrosidad” social entraba en el campo jurídico, la psiquiatría penal encontró un espacio desde el cual intervenir y dar respuesta. En esa hibridación de una categoría política de “peligrosidad” situada en el marco de una “racionalidad clínica” se abría la posibilidad de criminalizar a los sujetos en base a cómo sus disposiciones, motivaciones o deseos los constituyen en “virtualmente” peligrosos. Foucault problematizaba cómo, en ese proceso, se habría producido una suerte de redoblamiento del sujeto psicológico en torno al sujeto jurídico cuyas consecuencias políticas son que ese dispositivo permita actuar sobre cualquier individuo que

considere “peligroso” no ya en base a sus “actos” sino en base a una “peligrosidad” inherente al sujeto mismo, a lo que “es”:

Y es que la penalidad moderna -de forma clara y neta a partir de Beccaria- no concede derecho a la sociedad sobre los individuos más que en razón de lo que hacen: un único acto, definido como infracción por la ley, puede dar lugar a una sanción, sin duda modificable en función de las circunstancias o de las intenciones. Pero al poner cada vez más de relieve al criminal como sujeto del acto y también al individuo peligroso como virtualidad de actos, en realidad, ¿no se concede a la sociedad derecho sobre el individuo a partir de lo que él es? (Foucault, 1996, 117).

Ahora bien, el problema contemporáneo que plantean de modo intenso dos cuestiones dispares y, sin embargo, intensamente problemáticas como son la del terrorismo y los crímenes machistas, pone en crisis ese dispositivo en tanto que, por un lado, es imposible atravesar esa “peligrosidad” a través de una grilla clínica y, en ambos casos, se plantea el dilema jurídico de actuar antes de que produzca el acto criminal en sí. Si bien en relación a los crímenes machistas vemos cómo más o menos el dispositivo cínico-terapéutico sí tiene herramientas para describirlos en términos de “baja tolerancia a la frustración” o “personalidad dependiente o agresiva” no deja de situarse en una posición liminar en tanto que ninguno de esos factores puede explicar *per se* por qué esa violencia se ejerce sobre las mujeres. Un artículo publicado por *El País* recientemente en torno a una investigación realizada por la *Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior* (El País, 2017) levantaba la polémica (eldiario.es, 2017; Público, 2017) en base a esa descripción de la violencia machista en términos meramente clínicos. Por otro lado, el caso del terrorismo es aún más peliagudo en tanto que es evidente que es inútil aplicar cualquier tipo de grilla clínica y, sin embargo, el problema penal es palmario ¿cuáles son los límites que permiten actuar sobre un sujeto en base a determinar su “peligrosidad” y “riesgo” antes de cometer cualquier “acto criminal”? ¿Cómo va a determinarse y en base a qué? ¿Qué sistemas de control y vigilancia son necesarios para un sistema que ya no pretende “castigar” los actos cometidos sino evitarlos?

Esos dos ejemplos ponen de manifiesto cómo no es el “fracaso” de las ciencias humanas lo que está en juego en su capacidad de determinar la “peligrosidad” de determinados individuos sino más bien la crisis del modo en que históricamente la psiquiatría entró a jugar parte en ese juego de la peligrosidad y la seguridad. Nos encontramos, pues, ante los límites de ese desdoblamiento de lo clínico sobre lo criminal que permitía interrogar los “motivos”, “intenciones”, “deseos” y “pensamientos” de los sujetos en tanto que, a la luz de la dimensión política que atraviesan de modo distinto los dos ejemplos expuestos, resulta difícil que puedan abordarse desde la perspectiva una “historia clínica” individual. Ambos casos, como vemos, plantean un problema de fondo tanto al sistema judicial como a la psiquiatría penal, tal como se configuraron en el último siglo. Por tanto, esa pendiente que Foucault señalaba en torno a cómo las sociedades securitarias no dejan de desbordar el ámbito jurídico en base a una regulación del orden social pasa hoy por una nueva formulación del problema en tanto que en esos casos no puede aprehenderse fácilmente a partir de la grilla proporcionada por las ciencias humanas y médicas.

Por otro lado, en el seno de sus análisis en torno al neoliberalismo americano Foucault se hacía eco, como veíamos, de cómo este abría un marco de análisis que desbordaba de otro modo esa dimensión antropológica al resituar la conducta criminal como una conducta económica susceptible de ser gobernada en base a un cálculo de costes y beneficios. Desde esa perspectiva se abre una nueva dimensión crítica del sistema jurídico en tanto que el funcionamiento de la ley se inscribe como una dimensión más de esas prácticas gubernamentales que podían regular ciertas conductas a partir de introducir mecanismos disuasorios. La alarmante aplicación de la denominada “Ley mordaza” constituiría un ejemplo de ese desplazamiento en que la ley pasa a formar parte de esa tecnología gubernamental. Como muestra de lo ilimitado de esa aplicación, recientemente aparecía en la prensa cómo vía *Facebook* un joven había sido multado por mostrar una foto en la red en que aparecía con una camiseta que incluía las siglas A.C.A.B (eldiario.es, 2017).

En base a todo lo expuesto, hemos tratado de mostrar las herramientas que Foucault nos brindaba para pensar todo ese amplio conjunto de problemáticas que hibrida la cuestión de la biopolítica con la medicina y la salud tratando de llevarlos más allá de sí mismos. Como vemos, todo un conjunto de problemas que es inútil plantear desde una reducción en base a una dicotómica posición a favor o en contra de la medicina, en ningún caso se trata de eso. Podemos valernos como reflexión final del modo en que el autor abordaba la cuestión en relación a las críticas a la “antimedicina” desplegadas por Iván Illich. En alusión a las mismas, Foucault señalaba que no se trata de criticar la medicina en sí misma sino de interrogar el modelo histórico en el que se ha configurado “con el fin de saber en qué medida es posible modificarlo” (Foucault, 2002,360). La cuestión era más bien señalar cómo en el momento en que ese gesto se efectúa se hace en nombre de un cuerpo, una higiene y una salud ya codificadas. Asimismo, cuando la “antipsiquiatría” contraponía a la psiquiatría una “desmedicalización” de la enfermedad, lo hacía también desde un discurso elaborado en base a un saber médico y psiquiátrico. O cuando el peritaje criminal consideraba susceptible de examen a cualquier delincuente, lo que estaba poniendo en tela de juicio no es la responsabilidad penal del acto, sino el grado de peligrosidad social del sujeto medida en términos patológicos (Foucault, 2001d, 52). Del mismo modo, en el caso del *Welfare State* se trataba de cuestionar, no el derecho a la atención médica, sino el modo en que, queriendo corregir todo un conjunto de desigualdades las producía de otro modo; cómo a través del mismo se planteaba la cuestión de regular políticamente qué enfermedades quedaban cubiertas y cuales no; señalar cómo se relacionaba problemáticamente con el mercado farmacéutico. El ataque neoliberal a sus infraestructuras nos lleva ahora a situar todos esos problemas en una nueva dimensión en tanto que, en el momento en que la salud y las curas médicas pasan del lado del mercado, es este el que va a convertirse en el marco regulador de todas esas dimensiones radicalizándose sus consecuencias políticas.

Por tanto, el objeto de la crítica no es cuestionar ese “derecho” a la salud y a la cura, sino preguntarse cómo este puede efectuarse sin todo ese despliegue de tecnologías gubernamentales que lo acompaña y sus efectos. Para Foucault, como veíamos, se trataba de poder desarticular, a partir de esas genealogías cruzadas entre la historia de la medicina como campo de saber y las formas de gubernamentalidad que se hibridan a la misma, el modo en que, de modo contingente, se constituyó

históricamente un “pensamiento médico” que desbordó por completo los límites de la propia medicina al funcionar en términos políticos y económicos. Mostrar su carácter contingente es sinónimo de afirmar que es posible pensar un modo de organizar una atención médica no pase necesariamente por mismos los raíles que la configuraron en la historia europea moderna. Así, una “crítica de la economía biopolítica”, nos llevaría, por un lado, a cuestionar esos límites siempre a riesgo de ser desbordados de una patologización de la sociedad y su hipermedicamentación o los efectos generales de que la “salud” se haya convertido en un campo que despliega en su seno el marco de relación que establecemos con nosotros mismos, con nuestro cuerpo, con nuestra alimentación o con nuestra sexualidad y sus efectos normalizadores. Por otro, se trata de combatir un modo de gubernamentalidad que, bajo la rúbrica de la “libertad” y bajo la antinomia de exponernos doblemente al “peligro” y las tecnologías de “seguridad”, no deja de extender su campo de dominio sobre todos los aspectos de la vida, de quiénes somos, de lo que debemos y podemos esperar de la misma y del modo de conducirla.

Los principios axiomáticos del liberalismo y el neoliberalismo según los cuales la maximización del beneficio de cada cual generan un bien general no solo son impugnables, pues, desde una “crítica de la economía política” que, desde el marxismo, refutaba el principio liberal del trabajo como una relación contractual para mostrar cómo en el seno del capitalismo este se convierte en una mercancía más que vehicula la explotación. También lo son desde una “crítica de la economía biopolítica” que permite mostrar cómo el liberalismo y neoliberalismo entendidos como un modo de gubernamentalidad constituyen modos de relación social donde la gestión de la vida no deja de incrementarse.

BIBLIOGRAFÍA

ACEs (2006). “[Acerca de ACEs](#)”.

BUTLER, Judith (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Barcelona: Paidós.

CANGUILHEM, Georges (1986). *Lo normal y lo patológico*. Traducción de Ricardo Potschart. México D.F: Siglo XXI.

ELDIARIO.ES (2017). “[Sancionado un joven por subir una foto a Facebook en la que lleva una camiseta con la leyenda 'A.C.A.B.'](#)”.

ELDIARIO.ES (2017). “[Por qué los hombres matarán a las mujeres](#)”.

EL PAÍS (2017). “[¿Por qué los hombres matarán a las mujeres?](#)”.

FOUCAULT, Michel (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Traducción de Emma Kestelboim. Barcelona: Paidós.

FOUCAULT, Michel (1985) *Saber y verdad*. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Madrid: La Piqueta.

FOUCAULT, Michel (1996) *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Traducción Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. La plata: Altamira.

FOUCAULT, Michel (2010). *Historia de la locura en la época clásica, 2 vols*. Traducción de Juan José Utrilla. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, Michel (2001a). *El Nacimiento de la clínica*. Traducción de Francisca Perujo. México D.F: Siglo Veintiuno.

FOUCAULT, Michel (2008). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. Madrid: Siglo Veintiuno.

FOUCAULT, Michel (2006a). *Historia de la Sexualidad. Vol. I: La Voluntad de saber*. Traducción de Ulises Guiñazú. Madrid: Siglo Veintiuno.

FOUCAULT, Michel (2013). *La société punitive. Cours au Collège de France (1972-1973)*. Bernard E. Harcourt, François Ewald y Alessandro Fontana, eds. Paris: Seuil;Gallimard.

FOUCAULT, Michel (2007a). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: FCE.

FOUCAULT, Michel (2001b). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: FCE.

FOUCAULT, Michel (2006b). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: FCE.

FOUCAULT, Michel (2007b). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: FCE.

FOUCAULT, Michel (2014a). *El gobierno de los vivos. Curso en el Collège de France (1979-1980)*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: FCE.

- FOUCAULT, Michel (2005). *Hermenéutica del sujeto. Curso del Collège de France (1981-1982)*. Traducción de Horacio Pons. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel (2014b). *Obrar mal, decir la verdad. La función de la confesión en la justicia. Curso de Lovaina*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: Siglo XXI, 2014b.
- FOUCAULT, Michel (2001c). *Dits et écrits I. 1954-1975*. Daniel Defert y François Ewald, eds. con la col. de Jacques Lagrange. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2001d). *Dits et écrits II. 1976-1988*. Daniel Defert y François Ewald, eds. con la col. de Jacques Lagrange. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2002) *Obras esenciales II. Estrategias del poder*. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, Michel (2012) *El poder una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (2013) *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel "La tecnología política de los individuos". *Veredas* 5,9 (2004): 213-226.
- GENERALITAT DE CATALUÑA (2017). "Impuesto a las bebidas azucaradas".
- HUMPHREY, Albert (2005), "SWOT Analysis for Management Consulting". *SRI Alumni Newsletter*.
- LAVAL, Christian y DARDOT, Pierre (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Traducción de Marie Thèrese Cevasco. Barcelona: Paidós.
- MACEY, David (1995). *Las vidas de Michel Foucault*. Traducción de Carmen Martínez. Madrid: Cátedra.
- MACHEREY, Pierre (2011). *De Canguilhem a Foucault: la fuerza de las normas*. Traducción de Horacio Pons. Buenos Aires : Amorrortu.
- OMS (2015). *Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos* .
- PÚBLICO (2017). "¿Por qué los hombres matan a las mujeres? O cómo desvirtuar la violencia machista".
- SANDÍN, Bonifacio. "DSM-5: ¿cambio de paradigma en la clasificación de los Trastornos mentales?". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 18, 3 (2013):255-286.



EL MODEL DE LA SIDA I LES SEVES VÍCTIMES

The AIDS model and its victims

TERESA TORRA BORRÀS

UNIVERSITAT DE BARCELONA teresatorra.b@gmail.com

Actualment estic realitzant la meua tesi doctoral, dirigida per Miguel Morey. Llicenciada en Filosofia per la Universitat de Barcelona el febrer de 2003. El 2006, vaig obtenir el Diploma d'Estudis Avançats (DEA) del Doctorat d'Història, Estètica i Antropologia a la mateixa Universitat.

RECIBIDO: 12 DE JUNIO DE 2017

RESUMEN: En un moviment similar al que efectua Michel Foucault en analitzar la lepra i la pesta com a malalties model del poder disciplinari i del poder sobirà, l'objectiu serà presentar la sida com a malaltia model del biopoder. Es tracta d'analitzar com els mecanismes de poder i de saber que gestionen la sida responen a una determinada economia de poder, que ja no pot ser explicada a través del model binari de la lepra, ni del model pesat i geomètric de la pesta. Per aconseguir això, farem un breu recorregut pel concepte de biopoder i pel model de la lepra i de la pesta. Seguidament, presentarem les novetats del model de la sida. L'anàlisi es centrarà en els primers anys de la malaltia: farem un recorregut pels primers casos que van aparèixer i com van ser analitzats tant pel personal mèdic com pels mitjans de comunicació. Però, sobretot, es centrarà en les víctimes: com van ser tractades i estigmatitzades, el reagrupament dels anomenats "grups de risc". En definitiva, veure com la seva relació amb la malaltia i la mort va passar per les instàncies del poder.

PARAULES CLAU: Foucault, biopoder, malaltia, sida, víctimes.

ACEPTADO: 18 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: By making a move similar to the one that Michel Foucault used to analyze leprosy and plague as illness models of sovereign and disciplinary power respectively, we aim to present aids as a model for illness under biopower. We will analyze how the mechanics of power and knowledge that manage aids belongs to a specific power economy that can no longer be explained by means of a binary leprosy model, nor through a heavy, geometrical plague model. After that, we will present aids model's novelties. The analysis will be focused on the first years of the illness: we will go over the first registered cases and the way they were analysed both by medical authorities and communication media. But above all, we will focus on the victims: the way they were treated and stigmatized, the designation of the so-called "risks groups". Especially, we will analyze how the power affected the victim's relationship with illness and death.

KEYWORDS: Foucault, biopower, illness, aids, victims.

Teresa Torra Borràs.

"El model de la sida i les seves víctimes".

Kamchatka. Revista de anàlisis cultural 10 (Diciembre 2017): 39-56

DOI: 10.7203/KAM.10.10365 ISSN: 2340-1869

*La relació de cadascú amb la seva malaltia
i la seva mort passa per les instàncies del poder.*

Michel Foucault, *Vigilar i castigar*

1. DEL PODER SOBRE LA MORT AL CONTROL DE LA VIDA

El concepte de biopoder apareix per primer cop en l'obra de Foucault l'any 1976 al final del primer volum de la *Història de la sexualitat*, anomenat *La voluntat de saber*, publicat el 1976 (Foucault, 1998: 163-194). També apareix a la lliçó del 17 de març de 1976 del curs del *Collège de France* que porta per títol *S'ha de defensar la societat* (Foucault, 2003: 205-225), en què diu:

Em sembla que un dels fenòmens fonamentals del segle XIX va ser i és el que podríem anomenar la consideració de la vida per part del poder; per dir-ho d'alguna manera, un exercici del poder sobre l'home en tant que ser vivent, una espècie d'estatització d'allò biològic [...] (Foucault, 2003: 205-206).

Segons Foucault, en el model de la sobirania, el dret de vida i de mort és un privilegi del sobirà. El poder del sobirà s'exerceix sobre la vida en el moment en què pot matar. Aquest poder sempre s'exerceix d'una manera desequilibrada, asimètrica, del costat de la mort. És el dret de fer morir o de deixar viure (Foucault, 2003:206).

Amb l'aparició del biopoder, el poder tendeix a incitar, reforçar, controlar, organitzar i, sobretot, augmentar les forces que sotmet. El dret a fer morir comença a desaparèixer sota les exigències d'un poder que administra la vida. El poder s'exerceix positivament sobre la vida, a través de controls i regulacions. Allò propi del poder és la consideració de la vida, l'estatització d'allò biològic, l'exercici del poder sobre l'home en tant que ser viu (Foucault, 1998: 165).

El poder s'inverteix: el poder de fer morir o de deixar viure es converteix en el poder de fer viure o de deixar morir (Foucault, 2003: 206).

El poder ha d'assegurar la vida de la població, ha de mantenir-la i desenvolupar-la. Es tracta de vigilar la vida, però també de produir efectes sobre ella. El poder segresta la vida de les persones, a través del seu cos, dels seus desitjos i dels seus plaers, i la vida de l'espècie, a través del control de poblacions, natalitat, mortalitat, fecunditat o nivell de vida. L'aparició del biopoder esdevé en el moment en què els fenòmens propis de la vida de l'espècie humana entren en l'ordre del saber i del poder. I explica Foucault:

Més enllà, per tant, d'aquest gran poder absolut, dramàtic, tètric que era el poder de la sobirania, i que consistia a poder fer morir, heus aquí que, amb la tecnologia del biopoder, la tecnologia del poder sobre "la" població com a tal, sobre l'home com a ésser viu, apareix ara un poder continu, savi, que és el poder de "fer viure" (Foucault, 2003: 211).

En un primer moment, Foucault diu que el poder passa a ser gestor de la vida a través de dues formes principals. Es tracta de dues sèries de mecanismes que s'articulen entre si. En primer lloc, una

sèrie de mecanismes que se centren en el cos, amb els mètodes de vigilància i ensinistrament. Es tracta de l'anatomia política del cos, el poder disciplinari, que entén el cos com a màquina, com a objecte a manipular. El seu camp d'intervenció és l'educació del cos, l'augment de les seves forces i aptituds, el creixement de la seva utilitat i de la seva docilitat. Es tracta d'un poder disciplinari que controla el cos social fins a l'element més tènue: l'individu. Aquesta tecnologia es dona dins l'espai tancat de les institucions, a nivell ínfim, local, del detall. En segon lloc, una sèrie de mecanismes de poder que es centren en els fenòmens globals de la població, el dels processos biològics dels éssers humans. Amb la biopolítica de la població, com explica Foucault, es tracta de controlar els esdeveniments de risc que puguin produir-se establint la seva probabilitat i compensant els seus efectes (Foucault, 2003: 207-208).

Dues tecnologies complementàries i que tenen un abordatge diferent respecte al cos, segons Foucault. Cos com a màquina per a les disciplines, i cos com a espècie per a la biopolítica. Conjunt orgànic i institucional pel costat de les disciplines i conjunt biològic i estatal pel costat de la biopolítica.

[...] aquesta gran tecnologia de doble tall –anatòmica i biològica, individualitzant i especificant, girada cap a les realitzacions del cos i atenta als processos de la vida– caracteritza un poder la funció més alta del qual ja no és matar sinó envair la vida completament. (Foucault, 1998: 169)

Però més endavant, Foucault parla del biopoder com un poder diferent del poder disciplinari. Apareix com el dispositiu de seguretat, que agrupa els efectes de massa propis de la població. Amb el biopoder s'estableixen mecanismes diferents dels disciplinaris, com les estadístiques, les estimacions i les previsions globals. No es tracta de modificar els fenòmens particulars de cada individu, sinó que s'intervé a nivell dels fenòmens generals (Foucault, 2008: 13-37).

Cada malaltia va acompanyada de discursos, de veritats i de mentides, d'institucions, de víctimes i literatura, d'intervencions mèdiques... tot això en un gran entramat de relacions sobre ella que li són pròpies. Cada malaltia va acompanyada d'un determinat règim de saber i d'uns determinats mecanismes de poder. Els sistemes de poder que van excloure la lepra i disciplinar la pesta no es poden aplicar a la sida, ja no serveixen, formen part d'una altra economia del poder.

2. DEL MODEL DE LA LEPRO AL MODEL DE LA SIDA.

Foucault presenta dos esquemes paradigmàtics per explicar el funcionament del poder sobirà i del model disciplinari: el model de la lepra i el de la pesta. Aquest models apareixen en diverses de les seves obres, com *Vigilar i castigar* (Foucault, 2005: 199-203) o *Seguretat, territori, població* (Foucault, 2008: 21-22).

El model de la lepra anava acompanyat de rituals que exclouïen els individus en una societat binària. S'exclouïen els individus leprosos dels sans, i es marcaven separacions i divisions en tot el cos social. El que es pretenia era establir una exclusió que permetés afirmar: aquí hi ha la comunitat pura i allà, a una distància que permet evitar els contactes i els contagis, hi ha els leprosos. El model de la

lepra, doncs, segons explica Foucault, responia a rituals d'exclusió que establien una divisió entre els individus sans i els individus malalts. I aquesta divisió servia per a tots els contactes a evitar. Es tractava d'una pràctica de rebuig que formava part d'un determinat tipus de poder, el poder sobirà, i que responia al somni d'aconseguir una comunitat pura. (Foucault, 2005: 199-200)

El model de la pesta, en canvi, responia a esquemes disciplinaris. Estava relacionat amb una altra economia del poder, amb la societat disciplinària. Els reglaments de la pesta tenien uns objectius i uns instruments diferents dels de la lepra. Es tractava de separacions i distribucions que s'aplicaven sobre una multiplicitat d'individus. El model de la pesta estava destinat a atacar tots els desordres i les confusions. Estava relacionat amb l'obsessió dels contagis, de les revoltes, dels crims i de les desercions, “[...] dels individus que apareixen i desapareixen, que viuen i moren en el desordre” (Foucault, 2005: 201). La pesta tenia com a correlat mèdic i polític la disciplina. La pràctica de la distribució de la multiplicitat i de la bona canalització de les conductes en el model de la pesta responia al somni polític de la societat disciplinada. En la ciutat apestada de què ens parla Foucault, l'espai estava retallat, petrificat; les reglamentacions indicaven qui en podia sortir, com, a quines hores, què havien de fer, quina alimentació havien de tenir, quins contactes havien d'evitar; hi havia una inspecció que funcionava contínuament, que registrava la població, passant revista dels vius i dels morts. I afegeix Foucault:

Aquest espai tancat, retallat, vigilat, en tots els seus punts, en què els individus estan inserits en un lloc fix, en què els menors moviments es troben controlats, en què tots els esdeveniments estan registrats, en què una tasca ininterrompuda d'escriptura uneix el centre i la perifèria, en què el poder s'exerceix completament [...], en què cada individu està constantment localitzat, examinat i distribuït entre els vius, els malalts i els morts –tot això constitueix un model compacte del dispositiu disciplinari (Foucault, 2005: 201).

En la societat disciplinària el model de la lepra i el de la pesta funcionen junts a l'interior de les institucions disciplinàries, en què s'estableix una divisió binària entre normal i anormal, malalt i sa, amb la seva conseqüent exclusió: tancament dels malalts als hospitals, dels bojos als psiquiàtrics, dels criminals a les presons; i, a la vegada, es distribueix, reparteix i assigna la multiplicitat d'individus dins d'un espai tancat i jerarquitzat (Foucault, 2005: 202-203). Com explica Foucault:

Al fons dels esquemes disciplinaris la imatge de la pesta val per a totes les confusions i els desordres; de la mateixa manera que la imatge de la lepra, del contacte a tallar, es troba al fons dels esquemes d'exclusió (Foucault, 2005: 202).

Al curs *Seguretat, Territori, Població* (Foucault, 2008: 21-22 i 66-71), Foucault ens parla d'un nou conjunt de tècniques de poder que gestionen la malaltia: el biopoder. Amb aquest nou dispositiu de poder no es tractava d'excloure els malalts, ni d'imposar una disciplina. Segons Foucault:

El problema es planteja d'una altra manera molt diferent: no consisteix tant a imposar una disciplina, malgrat se sol·liciti l'auxili d'aquesta; el problema fonamental serà saber quantes persones són víctimes [...], a quina edat, amb quins efectes, quina mortalitat, quines lesions o seqüeles [...], quins són els efectes estadístics sobre la població en general; en definitiva, tot

un problema que ja no és el de l'exclusió com en el cas de la lepra, que ja no és el de la quarantena com en la pesta, i serà en canvi el problema de les epidèmies i les campanyes mèdiques a través de les quals s'intenten eradicar els fenòmens, siguin epidèmics, siguin endèmics (Foucault, 2008: 22).

En definitiva, doncs, tot un conjunt de mecanismes que no estan relacionats ni amb l'exclusió ni amb l'internament. La malaltia de la sida s'inscriu en aquest nou dispositiu de poder, el biopoder. El que anomenarem "model de la sida" no respon al somni d'una comunitat pura, ni al d'una societat disciplinada, sinó que respon al somni mèdic i polític d'una població protegida i regulada. La malaltia de la sida ja no està relacionada amb el model d'exclusió de la lepra, ni amb el model tancat i geomètric de la pesta. La sida és una malaltia nova ja que s'inscriu dins d'un nou dispositiu de poder.

3. L'APARICIÓ DE LA SIDA

Però la novetat es pot analitzar no només del costat del poder, ja que la sida és una malaltia realment nova. L'aparició de la sida va sorprendre perquè es tractava d'una categoria de malaltia que la teoria mèdica ni tan sols havia previst en aquell moment. Els metges la van classificar com a nova per dos motius, segons Grmek, "[...] perquè abans mai no l'havien vista, i perquè, per comprendre-la, havien de recórrer a models desconeguts en la patologia i l'epidemiologia clàssiques" (Grmek, 1990: 23).

La sida és una malaltia nova en el sentit que fins als anys setanta era inconcebible. Fins llavors, una malaltia es definia pels símptomes clínics o per les lesions patològiques, i ni els uns ni les altres no caracteritzaven la sida. La sida apareixia com una malaltia sense símptomes clínics propis i marcada per lesions subcel·lulars invisibles. Els malalts morien a causa d'altres malalties, les malalties oportunistes. I afegeix Grmek: "Això no és una malaltia, en el sentit antic, en la mesura en què l'acció del virus és immunopatògena, és a dir, afecta el sistema immunitari i només produeix símptomes clínics a través d'una infecció oportunista" (Grmek, 1990: 187). La malaltia de la sida va progressar en un principi de manera dissimulada, sota la màscara d'una malaltia oportunista o d'un síndrome de deteriorament que portava a un diagnòstic vague i incert.

Segons Grmek, a la malaltia de la sida se li pot aplicar la regla que proposava el bacteriòleg Charles Nicolle:

Els assaigs de la natura en la via de la creació de malalties infeccioses noves són tan constants com ordinàriament vans. Allò que va passar en les èpoques passades en què, per excepció, la natura va reeixir en un assaig, es repeteix a tots els instants presents i es repetirà sempre. Hi haurà, doncs, malalties noves. Aquest és un fet fatal. Un altre fet fatal és que mai no sabrem descobrir-les des del seu origen. Quan tindrem la noció d'aquestes malalties, ja estaran formades, seran adultes es podria dir. [...] Ens hem de resignar a la ignorància dels primers casos evidents. Aquests seran mal coneguts, confosos amb les altres malalties ja existents, i no serà fins després d'un llarg període de vacil·lacions que el nou tipus patològic no s'alliberarà de la taula de les afeccions ja classificades (Grmek, 1990: 203-204).

L'any 1981, la malaltia encara no tenia nom. Es parlava del "càncer gai" o de la "pneumònia

gai” o del GRID (*Gai Related Immuno-Deficiency*), ja que l’homosexualitat dels afectats sempre va ser subratllada. Aquestes denominacions no van perdurar. Tot i així, segons Grmek, són interessants, ja que “revelaven a la vegada errors mèdics i prejudicis [...] morals” (Grmek, 1990: 68). Amb el reconeixement de la universalitat de la malaltia, se li va donar un nom amb validesa general. Es va batejar, en anglès, amb la sigla A.I.D.S (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Aquesta sigla va ser acceptada l’estiu de 1982 i difosa ràpidament pels informes del *Centers for Disease Control*, d’Atlanta. En francès es va crear la sigla anàloga S.I.D.A., que va evolucionar a “sida”, i va quedar com a definitiu a partir d’aquest moment. I afegeix Grmek:

El 1983, l’expressió *acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)* entra en el *Cumulated Index Medicus*. Només és a partir d’aquest moment que els biògrafs i els documentalistes enregistren el naixement d’una nova entitat nosològica (Grmek, 1990: 70).

En el moment de la creació d’aquest nom, regnava la incertesa i la confusió sobre la veritable naturalesa de la malaltia. L’evolució dels coneixements va convertir el nom en impropï, ja que “sida” designa expressament un síndrome, és a dir, el conjunt de símptomes que constitueixen una individualitat clínica, però no etiològica, ja que no explica les causes (Grmek, 1990: 70).

L’any 1983, l’Organització Mundial de la Salut va acceptar la següent definició:

La sida és caracteritzada per l’aparició d’un síndrome tumoral o de manifestacions infeccioses dites oportunistes o de l’associació de les dues en un adult de menys de 60 anys, sense patologia subjacent anteriorment coneguda i que no rep un tractament immunodepressor (Grmek, 1990: 70).

Aquesta situació va canviar radicalment quan es va demostrar que la sida és un estat clínic que resulta de l’acció del virus VIH. A partir d’aquí es va definir la sida com un estat patològic a conseqüència de la infecció pel virus VIH. Així, la sida deixava de ser un síndrome per passar a ser una malaltia infecciosa, i l’antiga definició no era més que un estat particular de la malaltia.

Tot i així, el nom no es va canviar. La malaltia havia sigut definitivament batejada amb un nom incorrecte. Com explica Moulin:

La sida és la primera malaltia infecciosa a què la immunologia va imposar el nom. En ser identificat el virus, no va ser la malaltia que va adaptar el seu nom, sinó el virus que l’en va prendre. [...] Sembla com si la sida enfrontés els immunòlegs a un enigma fet per a ells (Moulin, 1991: 424).

4. ELS PRIMERS CASOS

A finals de 1979 a Los Angeles es va destacar l’augment de casos d’una malaltia que, en principi, no afecta els adults sinó els nadons. Es tractava d’un síndrome mononucleòtic “amb brots febrils, senyals d’aprimament i tumefaccions limfàtiques”, i havia aparegut en homes joves i homosexuals. Un dels pacients va ser ingressat al servei d’immunologia clínica de la Universitat de Califòrnia, el febrer de 1981, on el doctor Michael Gottlieb el va comparar amb un cas similar del mes

de desembre de 1980. Les anàlisis van mostrar una disminució dels limfòcits T auxiliars i també va revelar una infecció pulmonar: la *Pneumocystis carinii*. Els pacients també tenien en comú el fet de ser homosexuals (Grmek, 1990: 24-25). Aquests casos es van contrastar amb cinc casos similars de malalts hospitalitzats a Los Angeles. “Es dona llavors”, ens diu Grmek, “un senyal d’alarma, molt discret i sobri” (Grmek, 1990: 25). I afegeix:

La gravetat de la malaltia era impressionant: malgrat una quimioteràpia intensiva dirigida principalment contra la *Pneumocystis carinii* i certs agents virals, dos malalts sucumbien ràpidament i cap dels altres tres no donava la impressió d’estar en vies de recuperació (Grmek, 1990: 26).

Simultàniament, a la ciutat de Nova York començaven a aparèixer casos d’immunodeficiència adquirida en homes amb les mateixes característiques. La gravetat dels casos de Nova York, però, va fer pensar per primera vegada en un desastre estrany i misteriós del sistema immunitari que precedia altres patologies, les anomenades “malalties oportunistes” (Grmek, 1990: 27-28).

A Nova York es va destacar l’aparició inusual del sarcoma de Kaposi, una malaltia cancerosa raríssima, entre la comunitat homosexual. El mes de març de 1981, s’hi havien diagnosticat almenys vuit casos de pacients amb sarcoma de Kaposi, quatre dels quals van morir aquell mateix mes. A San Francisco, el primer cas diagnosticat de sarcoma de Kaposi va aparèixer a l’abril de 1981. El malalt tenia també la *Pneumocystis carinii*. (Grmek, 1990: 28-29).

El dia 5 de juny de 1981 va aparèixer el primer anunci oficial sobre la malaltia al butlletí *Morbidity and Mortality Weekly Report*, de l’Agència Epidemiològica Federal *Centers for Disease Control*, que descrivia els cinc casos recents i greus de *Pneumocystis carinii* en joves homosexuals, observats en tres hospitals diferents de Los Angeles (Grmek, 1990: 25). Segons Grmek, malgrat que no era encara una partida de naixement en el sentit estricte, va ser “el primer acte d’estat civil de la sida” (Grmek, 1990: 27). Segons Pialoux, aquest document és “el debut de la sida en tant que malaltia” (Lestrade i Pialoux, 2012: 37). I afegeix:

Aquesta és la primera H de la història –H per Homosexuals– i del que constituiria, en els primers anys del seu mal naixement, les “quatre H”: Homosexuals, Heroïnòmans, Haitians, Hemofílics. Cinc casos, solament, per iniciar la història, cinc casos observats en homosexuals. El reagrupament d’aquests casos d’homosexuals, joves i en ple alliberament, va ser suficient per intrigar (Lestrade i Pialoux, 2012: 37).

El 4 de juliol de 1981, va aparèixer el segon comunicat del butlletí *Morbidity and Mortality Weekly Report*, sota el títol: “Sarcoma de Kaposi i Pneumònia de *Pneumocystis* entre homosexuals – Ciutat de Nova York i Califòrnia”. En aquest comunicat s’informava que des de principis de 1979 s’havia diagnosticat el sarcoma de Kaposi en 26 homes, a Nova York i a Califòrnia. Tots els pacients eren homosexuals. Sis pacients patien també d’una pneumònia, un patia una toxoplasmosi i un una meningitis. Vuit havien mort en un termini inferior a dos anys (Grmek, 1990: 30). Aquests casos es van qualificar com a “altament insòlits” (Grmek, 1990: 31).

A la premsa mèdica començaren a aparèixer els primers articles: l’*American Journal of*

Dermatopathology publicà un article sobre les particularitats histològiques del sarcoma de Kaposi disseminat entre els homosexuals americans, que va passar pràcticament desapercbut. A la revista mèdica *The Lancet*, el setembre de 1981, apareixia un article en què es descriuen les característiques del sarcoma de Kaposi observat en homes homosexuals a Nova York. (Grmek, 1990: 33-34).

A Dinamarca, entre 1980 i 1981, hi va haver quatre homosexuals hospitalitzats amb símptomes semblants. Després de Dinamarca, altres països europeus van començar a detectar casos d'aquesta estranya malaltia. A finals de 1981 hi havia 36 persones diagnosticades a tot Europa. Segons Grmek:

Els casos europeus descrits semblaven confirmar plenament la concepció americana inicial de malaltia pròpia dels homosexuals. De fet, es tracta d'una espècie d'autoconfirmació, de cercle viciós, ja que d'entrada l'homosexualitat va ser ella mateixa un criteri essencial de diagnòstic (Grmek, 1990: 54).

Tot i així, diu Grmek, la realitat de la malaltia ja estava desmentint que es tractés només d'una malaltia exclusivament d'homes i homosexuals. En el transcurs de 1982 van aparèixer a Nova York els primers casos de *Pneumocystis carinii* en heterosexuals. Tenien un tret en comú: tots utilitzaven drogues intravenoses (Grmek, 1990: 34). A Copenhaguen va aparèixer el primer cas oficialment reconegut d'una dona amb immunodeficiència adquirida (Grmek, 1990: 54).

Segons Pialoux: “L'arribada de la segona H, els heroïnòmans (6 casos), caracteritza clarament, des de 1981, la transmissió probable per la sang i pel sexe” (Lestrade i Pialoux, 2012: 38). El juliol 1982 va aparèixer la tercera H, que feia referència als hemofílics.¹ I el mes de març de 1983, va aparèixer la quarta H, que feia referència als haitians² (Lestrade i Pialoux, 2012: 40).

¹ Fins a mitjan del segle XX, els hemofílics normalment morien abans dels vint anys. Entre 1968 i 1979, gràcies a l'ús de les fraccions plasmàtiques, la seva esperança de vida es va doblar. Però, segons Grmek: “El resultat mostra que aquest regal de la biotecnologia podia estar enverinat” (Grmek, 1990: 268). Els concentrats dels factors VIII i IX, que s'utilitzaven per fer transfusions als hemofílics, es preparaven a partir del plasma de fins a 20.000 donants. Per tant, el risc de contagi era enorme, ja que els hemofílics s'exposaven a la sang de molts donants. I un sol donant infectat podia contagiar a centenars d'hemofílics.

² Des de principis del 1982, a la Universitat de Miami, a Florida, es constatà que molts pacients presentaven la simptomatologia de la sida. No eren homosexuals ni toxicòmans, però tenien un tret en comú: eren d'origen haitià. A l'hospital *Jackson Memorial Hospital* de Miami es van començar a estudiar tots els casos d'immigrants d'Haití que havien sigut admesos de 1980 a 1982. Van aparèixer 17 homes i 3 dones d'origen haitià infectats de la malaltia. Estudis similars van arribar als mateixos resultats a Canadà i Nova York. Segons explica Grmek: “Es declara als haitians ‘grup de risc’ i en els informes oficials es classifica aquest grup geopolític al costat de les categories definides per una certa pràctica social. Se'ls estigmatitza a tots com a portadors potencials de la contaminació i, fins i tot, se sospita d'ells de ser els importadors de la sida, la font veritable de l'epidèmia. Un boc expiatori ha sigut trobat” (Grmek, 1990: 72).

Però l'aparició de la malaltia a Haití va ser contemporània a la dels Estats Units i es va propagar a través del turisme sexual. Des de finals dels anys 70, Haití era un centre important de turisme sexual i, el 1983, arran d'una investigació entre els malalts de l'illa, van descobrir que el 30% dels malalts havia tingut relacions homosexuals amb estrangers, per motius econòmics (Grmek, 1990: 73).

Els haitians immigrants als Estats Units van patir un rebuig social particularment “eficaç i brutal”. Més fàcilment identificables que els membres d'altres grups, pel fet de ser negres, francoparlants i pobres, s'evitava el contacte amb ells. A l'illa d'Haití, la supervivència de la qual depenia sobretot del turisme dels Estats Units, aquest rebuig va esdevenir una “catàstrofe nacional” (Grmek, 1990: 81).

5. UNA MALALTIA MEDIÀTICA

El 3 de juliol de 1981 va aparèixer el primer article sobre la sida a la premsa pel públic en general. Lawrence K. Altman, periodista científic de *The New York Times*, va ser qui va escriure l'article, que portava per títol: "Càncer estrany observat en 41 homosexuals". Altman parlava d'un tipus de càncer estrany diagnosticat en homosexuals a la ciutat de Nova York i San Francisco. Explicava que les causes del mal eren desconegudes i que no hi havia prova de contagi (Grmek, 1990: 32).

I així va ser com aquesta nova malaltia, que sorprenia els metges i començava a atemorir els homosexuals, va fer irrupció sobre el gran públic, més enllà dels especialistes i els professionals mèdics. Com explica Grmek:

La notícia ocupava una columna de la pàgina 20 del *New York Times*, aixafada per la publicitat d'un banc. Ningú no podia sospitar que per aquest "càncer estrany" s'iniciava la malaltia de la fi del segle i que aquest subjecte aparentment esotèric hauria d'omplir milers de pàgines en tots els diaris del món (Grmek, 1990: 32).

El setembre de 1981 va aparèixer el primer article a França, al *Gai Pied*, en què s'explicava que la comunitat gai americana estava en estat de *shock* i els metges, perplexos (Lestrade i Pialoux, 2012: 40). En l'article es preguntaven: "[...] per què aquesta afectació, ja que la seva naturalesa infecciosa o cancerosa és discutida, afecta de cop i volta un grup que no té cap característica genètica comuna?" (Lestrade i Pialoux, 2012: 40).

El 24 de juliol de 1982 va aparèixer un dels primers articles a *Le Figaro*, en què s'assenyalaven onze casos a França d'una malaltia que encara no tenia nom, però que se l'anomenava el "càncer gai". Les primeres informacions a la premsa francesa, des de 1981 a 1983, van vincular aquesta nova malaltia a les "antigues epidèmies", com explica Vigarello (Vigarello, 2006: 374). Per exemple, el 13 de novembre de 1981, el diari *Libération* va publicar un article sota el títol: "La pesta als Estats Units" i el 26 d'abril de 1985, al *Nouvel Observateur* apareixia un article titulat: "Sida: la nova pesta". El 28 d'abril de 1983, en el *Quotidien de Paris* apareixia el següent comentari, que també relacionava la sida amb antigues pestes: "Davant d'una nova calamitat equivalent a la pesta i a la lepra de l'Edat Mitjana, les reaccions són irracionals, irreflexives" (Vigarello, 2006: 374).

Lestrade explica el terrible efecte que va tenir un article aparegut al *Paris Match* sota el títol: "La nova pesta. La sida, aquesta malaltia que terroritza Amèrica", el 15 de juliol de 1983: "Aquestes fotos de cossos esquelètics, recoberts de taques de Kaposi, els ulls enfonsats en la cara sense carn. [...] Aquesta va ser durant molt de temps la imatge de la sida" (Lestrade i Pialoux, 2012: 34).

El 21 d'agost de 1982, *El País* publicava al primera notícia que apareixia a la premsa pel públic en general a l'Estat espanyol. A la notícia, que portava per títol "200 morts als Estats Units per un mal desconegut", s'hi afirmava que la malaltia havia sigut anomenada "aids", que podia ser transmesa per la sang i que afectava, textualment, els "hemofílics, addictes a drogues dures (heroïnòmans), homosexuals i refugiats d'Haití" (VVAA, 2002: 4), és a dir, els grups de risc que més

tard serien identificats com “el club de les quatre H” pel personal mèdic i científic nord-americà

El 16 de gener de 1983, *La Vanguardia* va publicar el primer article sobre sida sota el títol “AIDS: una nova i enigmàtica malaltia”. L'article, d'alt contingut clínic, ressaltava el caràcter enigmàtic de la malaltia, que encara no tenia un nom traduït al castellà, en descrivia els grups de risc, parlava d'una alta mortalitat i de l'alteració dels limfòcits T (VVAA, 2002: 3).

En el cas de la malaltia de la sida, els mitjans de comunicació van jugar un paper clau, sobretot en dos sentits. Per una banda, en tractar-se d'una malaltia de grans conseqüències socials, econòmiques i de salut, van ser els responsables de la transmissió d'informació –en molts casos, i sobretot al principi, confusa i deficient– i en la creació i el manteniment d'estats generals d'opinió. En qualsevol cas, a través de la premsa la població es va poder informar sobre quines eren les vies de transmissió del virus, les mesures de prevenció, la problemàtica que tenien els afectats i com avançava la investigació. Per altra banda, es tracta d'una malaltia que va començar afectant col·lectius marginats –drogoaddictes, prostitutes, gais– que no van despertar comprensió en el moment de l'aparició de la malaltia. Els que llavors van ser anomenats “grups de risc” o “les quatre H” representaven un tema ideal de notícia, com es recull a l'informe de *Quaderns Quiral*:

Sexe, drogues, morts, misteri, contradicció i una malaltia nova i desconeguda: quina altra patologia ha reunit tants ingredients de *noticiabilitat*? La participació dels mitjans de comunicació, alimentats pel terror de les xifres d'afectats i de víctimes mortals, i alimentats també pels actes mediàtics que protagonitzaven alguns grups de pressió com el col·lectiu gai, va ser sens dubte decisiva en la pròpia història de la malaltia (VA, 2001: 3-4).

Davant de les reaccions d'alarma social que van desencadenar els articles publicats a la premsa, els mitjans de comunicació van intentar arribar a un consens per “conjurar el pànic col·lectiu” que ells mateixos havien creat. Així, la premsa va començar a deixar d'evocar constantment la imatge de “la pitjor de les plagues”, d'un risc de desaparició col·lectiva, d'apocalipsi (Vigarello, 2006: 376). El 26 de juliol de 1985, *L'Express* va publicar un article titulat: “S'ha de tenir por de la sida?”. El 16 de setembre del mateix any, a *Le Point* hi va aparèixer un article titulat: “Psicosi o realitat? Sida: s'ha de tenir por del sexe?”. Malgrat que s'havia rebaixat el to d'alarma, no va desaparèixer del tot. Així, per exemple *Le Monde* publicava el 20 de juny de 1990 un article sobre la sida amb el següent subtítol: “Hem de considerar-nos en estat de guerra” (Vigarello, 2006: 376).

Pel que fa referència a la informació, les campanyes publicitàries i educatives relacionades amb la sida, s'ha tractat la població com a públic. Segons explica Foucault a *Seguretat, Territori Població* (Foucault, 2008: 87), la noció de “públic” és una noció capital des del segle XVIII. Es tracta de fer presa la població pel costat de les seves opinions, els seus comportaments, les seves creences i els seus prejudicis. És en la seva vessant de públic que la població pot ser objectiu d'educació, de campanyes i de conviccions. Els mitjans de comunicació van jugar al costat de crear estats generals d'opinió, d'influir en el comportament de la població, en el seu nivell d'informació, en els seus hàbits (Foucault, 2008: 87).

6. ELS GRUPS DE RISC: LES “QUATRE H”

La noció de “grup de risc” és, segons Pollak, una noció utilitzada, a falta d’un terme més adequat, per designar les persones que formen part d’una població estadísticament més exposada a la infecció que la resta de la població (Pollak, 1991: 151). En un principi, respecte a l’epidèmia de la sida, es va fer una construcció estadística molt rígida dels grups de risc, entre els quals hi havia homosexuals, prostitutes, drogodependents, haitians i hemofílics.

La noció de “grup de risc” però, entrà gairebé des del principi de la malaltia en un llarg debat. Es tractava de la diferència entre “grups” i “comportaments de risc”, nocions que, malgrat ser diferents, es complementen. Segons Brunet, existeixen certes interaccions entre els “grups” i les “conductes”, ja que la transmissió d’una infecció depèn d’un comportament, però també de la freqüència amb la qual aquest comportament es troba en un o en un altre grup. A més a més, amb el mateix comportament, la possibilitat d’infectar-se no és la mateixa si aquest comportament es dona al si d’una població molt afectada o no. Finalment, malgrat que la definició epidemiològica és en cert sentit arbitrària, té dues conseqüències importants, segons l’autor de l’article: en primer lloc, permet definir millor les xarxes sociosexuals en què la difusió de l’epidèmia és més gran i, en segon lloc, això permet millorar les estratègies de prevenció (Brunet, 1993: 52-56).

També en un principi, i d’un punt de vista estadístic, tenia sentit parlar de “grups de risc” ja que és un col·lectiu amb més probabilitats d’infectar-se que un altre. La noció de “grup de risc”, tot i ser molt important en epidemiologia, no acaba de ser apropiada en un context d’educació sanitària, en què cal explicar que el que realment ajuda a difondre la infecció és una conducta, un comportament concret, i no pertànyer a un col·lectiu o a un altre.

Però malgrat tot, al principi de l’epidèmia els grups de risc van ser ràpidament designats i estigmatitzats, la població en general va percebre que aquesta malaltia no podia afectar-los, i les persones que pertanyien a aquests col·lectius van ser designades ràpidament com a víctimes probables, cosa que no ajudava, com assenyala Pollak, a establir una estratègia eficaç de gestió del risc, i cosa que creava, en moltes persones, el sentiment que eren denunciades més pel que eren que pel que feien (Pollak, 1991: 144-145).

L’any 1981 el perfil del malalt estava molt clar: es tractava d’homes joves, entre 27 i 40 anys, sense antecedents mèdics importants, afectats de sarcoma de Kaposi o *Pneumocystis carinii* (Grmek, 1990: 36). La majoria eren homosexuals, d’aquí que aquest fos designat el primer grup de risc i fos

en els col·lectius homosexuals on la morbiditat va ser més elevada.³ Però entre aquests pacients n'hi havia d'heterosexuals i toxicòmans. “En aquests [...] malalts es creu descobrir com a factor comú no un comportament sexual particular, sinó la seva pertinença a un cert subgrup social, a una ‘comunitat’ d’alguna manera marginal. El síndrome en qüestió és ‘comunitàriament-adquirit’ i no simplement ‘gai’” (Grmek, 1990: 36).

La premsa occidental va començar a alertar la població sobre aquesta característica de la malaltia: “Una nova pesta s’ha abatut sobre la humanitat, però no massiva ni cegament” (Grmek, 1990: 67). Els periodistes insistien sobre el nombre de víctimes i el fet que pertanyien a “grups” concrets, que apareixien com a “marginals”. La sensació, durant aquell primer període, era la següent, segons Grmek: “El mal no posa en perill les ‘persones honestes’, com tu o jo, sinó només les persones ‘estigmatitzades’ d’entrada pel seu comportament, pel seu origen ètnic o per una tara” (Grmek, 1990: 67-68).

Els epidemiòlegs americans van començar a parlar del “club de les quatre H” o “cinc H”: homosexuals, heroïnòmans, haitians, hemofílics i prostitutes (en anglès *hookers*). Però no s’inclouien en aquest “club dels maleïts”, considerats com a “culpables” en part de la seva malaltia, dos grups considerats com a “innocents”: les persones que havien rebut una transfusió de sang⁴ i els noutats infectats per via intra-uterina (Grmek, 1990: 68).

A la seva biografia sobre Foucault, Miller també fa referència a aquest tema:

Durant molts anys, la primera impressió que va causar la malaltia –una espècie de maledicció biològica que queia sobre els pecadors– restaria en la imaginació popular i mantindria l’angoixa al voltant del “virus del més enllà”. Els fets i la ciència ficció es van entreteixir d’una manera grotesca i van forçar a més d’un portador del virus a lluitar en dos fronts: contra una malaltia letal que la medicina moderna encara no domina i contra l’atribució *a priori* d’una condemna moral. A molts conservadors [...] la sida els semblava un senyal de culpa si no el càstig diví per crims contra natura, malgrat que, com ha comentat un crític, “és molt estrany un déu que escull castigar els homosexuals homes i no les dones i que s’enfada amb els

³ L’any 1982 va sorgir l’organització *Gay Men’s Health Crisis*, a Nova York; l’any 1983, la *Terrence Higgins Trust* a Londres; i, el 1984, l’*Aides*, a París. Aquestes organitzacions van ser creades per homosexuals, però oferien serveis a tots els sectors afectats de la població. Com explica Defert, aquestes organitzacions van inventar “el model de lluita” contra la sida. Van ser les primeres a expressar públicament les necessitats emocionals, mèdiques, socials, legals, ètiques i domèstiques dels primers malalts. Van inventar les primeres estratègies preventives comunitàries, la vigilància contra la discriminació, l’afirmació de la dignitat i dels drets de les persones afectades mentre l’entorn social encara era, en paraules de Defert, “indiferent, incrèdul o hostil” (Defert, 1993: 44). Així, en el cas de la sida, van ser les organitzacions no governamentals les primeres a posar en pràctica mitjans de lluita contra la malaltia, de suport a les víctimes i de difusió d’informació, molt abans que els organismes de l’Estat hi intervinguessin. I van ser els mateixos individus afectats els que van haver de responsabilitzar-se dels seus actes, de la informació que tenien i dels riscos que corrien.

⁴ A diferència dels hemofílics, que necessitaven regularment la sang dels altres per sobreviure, no s’inclouïa en el grup dels “maleïts” les persones que rebien una transfusió puntual de sang a causa d’un accident o d’una operació; malgrat que tant en un cas com en l’altre es podien contagiar del virus de la sida.

El mes de novembre de 1980, un home de 53 anys va rebre una transfusió de sang a la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota. Dos anys després, tenia la sida. Es tracta d’un dels primers casos d’infecció de sida a causa d’una transfusió de sang, i és un dels més famosos. Com explica Grmek: “La publicació del cas Rochester el novembre de 1983 té l’efecte d’una bomba: un acte salvador, triomf de la medicina moderna, esdevé una amenaça mortal” (Grmek, 1990: 77).

drogoaddictes que s'injecten droga i no amb els que la inhalen" (Miller, 1996: 31-32).

A partir de l'any 1982, l'epidèmia de la sida va augmentar durant anys de manera regular. La incidència de la malaltia, és a dir, el nombre de casos nous, mostra un creixement exponencial. A finals de 1981, el nombre total de malalts reconeguts pels *Centers for Disease Control* era de 200. A finals de 1982, la xifra havia augmentat a 750, i fins a 8.000 a finals de 1984. Cap dels pacients nord-americans diagnosticats abans de 1983 no va sobreviure. La taxa de letalitat, és a dir, el nombre de morts a l'any en relació amb el nombre de malalts, era del 40% aproximadament. L'any 1983, la malaltia havia afectat a 44 estats dels Estats Units, cosa que suposa quasi la totalitat dels estats, d'una manera irregular: Nova York, Califòrnia, Florida i Nova Jersey tenien un 80% dels malalts aproximadament, mentre que la ciutat de Nova York, ella sola, tenia la meitat d'aquests malalts. El repartiment de la incidència de la malaltia per grups de risc va evolucionar de manera significativa: els homosexuals representaven el 92% dels malalts enregistrats l'any 1982. L'any 1984 havien descendit els casos fins al 72%. Es tractava d'homes blancs, de 30 a 40 anys, amb bona educació escolar i un nivell de vida elevat. En el cas dels consumidors de drogues intravenoses, el nombre de casos va augmentar durant anys de manera constant. Es va passar d'entre el 3 i el 4%, l'any 1981, al 17%, l'any 1984. Es tractava d'homes negres o hispans, joves, heterosexuals i heroïnòmans. Entre 1983 i 1984, el 6% dels casos de sida a Estats Units eren immigrants d'Haití. Els hemofílics constituïen un 1% del total d'infectats (Grmek, 1990: 82).

La història de les víctimes de la malaltia de la sida, però, no es va acabar en aquests col·lectius. La malaltia va desbordar el cercle de les "quatre H" per començar a atacar a la població en general, aquella població que s'havia vist lliure de la sida fins aleshores, centrant-se en diferents col·lectius, convertint-los en més dèbils, fent-los ressaltar en les estadístiques de la sida, convertint-los en blanc de les campanyes de prevenció i de vigilància epidemiològica. El desbordament del cercle de les "quatre H" va comportar, en un principi, molts problemes als responsables de la salut pública. Com explica Pollak:

La sida posa en relació a minories ja afectades per la malaltia i a una majoria encara indemne, però potencialment de risc; el missatge preventiu es troba afectat. En voler dirigir-se simultàniament a la majoria no exposada i a les minories exposades, el missatge tendeix a adoptar una estructura reflexiva negativa. En conseqüència, acostuma a donar la impressió de negar allò que afirma i d'afirmar allò que nega (Pollak, 1995: 132-133).

7. LES DIFERENTS NORMALITATS

La disciplina, el dispositiu de poder que respon al model de la pesta, té una funció normalitzadora. Dins del seu espai propi descompon els individus, però també el seu temps, els seus gestos i els seus actes. La disciplina organitza la multiplicitat d'individus, controlant-los constantment, incrementant la seva docilitat i la seva utilitat. La disciplina, segons explica Foucault a *Territori, Seguretat, Població*, parteix de la norma i amb relació a ella es distingeix allò normal d'allò anormal (Foucault, 2008: 65). I afegeix:

La normalització disciplinària consisteix a posar d'entrada un model, un model òptim que és construït en funció d'un cert resultat, i l'operació de la normalització disciplinària consisteix a tractar de sotmetre les persones, els gestos, els actes conformes a aquest model. El normal és precisament aquell que és capaç de conformar-se a aquesta norma i l'anormal, aquell que no n'és capaç. [...] Altrament dit, hi ha un caràcter primitivament prescriptiu de la norma i és en relació a aquesta norma posada que la determinació i el repartiment d'allò normal i allò anormal esdevenen possibles (Foucault, 2008: 65).

En canvi, en el dispositiu de seguretat, que és el dispositiu de poder que respon al model de la sida, es parteix d'un repartiment d'allò normal i d'allò anormal, de les diferents corbes de normalitat. Es tracta que aquestes diferents distribucions de normalitat es compensin les unes en relació amb les altres, fent que les més desfavorables retornin a aquelles que són més favorables. I afegeix:

I aquestes distribucions serviran de norma. La norma és un joc a l'interior de les normalitats diferencials. És allò normal el que és primer i és la norma la que se'n dedueix, o es fixa i compleix el seu paper operatiu a partir de l'estudi de les normalitats (Foucault, 2008: 72).

Pel que fa a les epidèmies, per exemple, el dispositiu disciplinari tendeix a fer un repartiment entre malalts i sans, tractant els malalts i intentant evitar el contagi entre els individus malalts i no malalts.

En el dispositiu de seguretat, en canvi, no es fa una repartició entre sans i malalts, sinó que es pren en consideració el conjunt dels malalts i els no malalts sense ruptures ni discontinuïtats. Es pren en consideració la població: el seu coeficient de morbiditat i mortalitat probables, i s'estableixen taxes de mortalitats i morbiditats normals. Un cop es té una idea d'aquesta normalitat, d'aquesta mortalitat considerada com a normal, es tracta de descompondre les diferents normalitats les unes en relació amb les altres (segons edats, regions, ciutats, professions, etcètera). Així s'aconsegueix la corba normal, general, i les diferents corbes considerades com a normals. És a partir d'aquí que es pot tractar de combatre les normalitats més desfavorables respecte a la corba global, intentant que aquesta corba tendeixi a acostar-se al nivell mitjà de morbiditat i de mortalitat (Foucault, 2008: 72).

Així doncs, des del principi de l'epidèmia de la sida, es va prendre en consideració el conjunt de la població i se'n van descompondre les diferents corbes de normalitat. Així es va poder establir una corba global de l'epidèmia i es van poder definir les normalitats més febles: els "grups de risc". En ells, les taxes de mortalitat i morbiditat eren més elevades que en la resta de la població. De manera que l'objectiu era centrar tots els esforços a fer que la seva mortalitat tendís un altre cop a la mitjana normal. Es van definir els factors de risc de cada col·lectiu, la manera de combatre'ls i de gestionar aquest risc, la rapidesa d'adaptació al risc de cada col·lectiu, etcètera. Les campanyes de prevenció es van centrar a aconseguir que els homosexuals practiquessin el sexe segur, a que els drogodependents utilitzessin material estèril, a controlar les donacions i les transfusions de sang. Tots els mecanismes de poder, administracions, científics, metges, governs, ONG, organismes internacionals, es van concentrar a fer possible la normalització d'aquests col·lectius.

La sida, doncs, va continuar fluctuant entre diferents col·lectius, afectant més unes franges de població que unes altres. En qualsevol cas, periòdicament es dibuixava un nou mosaic de la incidència

de la malaltia, una nova corba de normalitat general. Els mecanismes de poder havien de gestionar la situació intervenint en els grups més dèbils per fer-los retornar a la normalitat general, abandonant temporalment aquells col·lectius que havien aconseguit retornar a allò considerat normal.

8. LES VÍCTIMES

Cada època històrica té els seus marginats, els seus estigmatitzats. I cada època decideix què fer-ne: excloure'ls, corregir-los, internar-los, normalitzar-los, gestionar-los. Allò que una societat designa com a anormal o desviat, i els mecanismes que utilitza per gestionar aquest segment de la població, té a veure amb una certa economia de poder i un cert règim de saber que defineixen aquesta societat.

Durant el segle XVII, i com ens explica Foucault a la *Història de la bogeria* (Foucault, 2002: 95-161) es posaren sota el mateix registre, internats en el mateix asil, com formant una massa homogènia, el depravat, l'imbècil, el desequilibrat, el llibertí, el fill bastard, la prostituta i l'insensat. Aquestes eren les persones que alteraven l'ordre de les ciutats, que provocaven escàndol, que estaven relacionades amb la misèria i amb la pobresa, amb l'ociositat i les desviacions sexuals. Aquests individus van ser internats amb el fi de castigar-los i corregir-los, de curar-los i reeducar-los. Aquest gest tenia un paper negatiu de segregació, però també un gest positiu d'organització.

Amb la irrupció de la sida un nou repartiment de marginats va aparèixer a l'horitzó de la malaltia. Amb un mateix moviment inicial es va posar dins del mateix grup a l'haitià i l'homosexual, l'hemofílic i l'heroïnòman, i finalment la prostituta. Amb els designats com a "grups de risc" vam assistir, a principis dels vuitanta, a un reagrupament sota un mateix comú denominador d'experiències i persones que fins llavors havien restat allunyades les unes de les altres. Els haitians van ser estigmatitzats per la seva procedència. Es tractava d'un criteri geopolític. Però eren negres, immigrants i en la majoria dels casos pobres. També els drogodependents tenien relació amb la pobresa i amb l'exclusió social. Però el seu factor de risc era l'intercanvi de xeringues per drogar-se. Ni els haitians pel seu origen, ni els drogodependents per la seva addicció, no tenien res a veure amb els homosexuals, en la majoria dels casos de classe benestant, amb bona educació, que vivien a les grans ciutats. Ni aquests amb les prostitutes, malgrat que en els dos casos el factor de risc tenia a veure amb les pràctiques sexuals. Tampoc els hemofílics no tenien res en comú amb els altres membres d'aquest "grup de maleïts". El seu factor de risc era el fet de patir una malaltia que els obligava a dependre de la sang dels altres. No hi tenia res a veure, en el seu cas, ni el seu origen geogràfic ni les seves pràctiques sexuals. Però en qualsevol cas, tot aquest conjunt d'individus tenia alguna relació amb la misèria, la pobresa, l'ociositat, la precarietat i la perversió sexual, com el conjunt de població exclosa i internada durant el segle XVIII.

En pocs anys, aquest conjunt de personatges es trobaven els uns al costat dels altres, formant estranys parentius entre ells. El rostre de la malaltia s'estava dibuixant, però en una multiplicitat de rostres. Aquests segments de la població van esdevenir un perill per a la societat, representaven el risc de la sida, de la infecció, d'una mort segura, ràpida i dolorosa. Tinguessin o no la malaltia, fossin o no

seropositius, haguessin tingut o no pràctiques de risc, estaven ja estigmatitzats com a víctimes potencials de la sida, com a possibles culpables del contagi de la sida a la resta de la població.

A diferència del moviment que va excloure els insensats i els vagabunds durant el segle XVII, els membres dels “grups de risc” no van ser exclosos de les ciutats, no van ser internats, ni van ser allunyats. Els mecanismes del biopoder no són els de l'època sobiranista, ni els de l'època disciplinària. No es tractava de mantenir-los a distància, seguint el somni d'aconseguir una comunitat pura. Els malalts de sida, els infectats pel VIH, tampoc no van ser exclosos, vivien a les ciutats, entre la població “normal”. No existeix un “dins” i un “fora” que permeti allunyar les poblacions de risc. Es tracta de gestionar-los, però sense excloure'ls, sense internar-los, sense disciplinar-los. Els mecanismes del dispositiu de la seguretat estan relacionats amb la ciutat i la circulació. La ciutat com el lloc de visibilitat de la malaltia: l'espai per on circulen els malalts, els sans i els virus. El que intenta el dispositiu de la seguretat és regular aquesta circulació. No marcar-la, ni fixar-la, sinó fer que tot es desplaci sense interrupció, però de manera que els perills inherents a aquesta circulació siguin frenats, compensats i, finalment, i si és possible, anul·lats (Foucault, 2008: 49).

I malgrat que les tècniques del poder ja no responien als rituals d'exclusió, també amb la sida es va intentar recórrer a aquest mecanisme de segregació de l'altre, del malalt, d'intentar-lo posar a una distància sagrada. Van tractar d'excloure la malaltia, malgrat que sense reeixir-hi.

Cada malaltia evoca les seves pròpies imatges, les seves metàfores. Amb els anys, la malaltia va deixar de centrar-se en ells, per afectar altres sectors de la població, però en el nostre imaginari, la sida serà, encara durant molts anys, la malaltia de l'“homosexual desenfrenat”, o del “drogoaddicte demacrat”, o de l'“immigrant negre”. Les pràctiques mèdiques van acabar de definir el rostre de la malaltia. El primer rostre va ser el dels “cossos esquelètics, recoberts de taques de Kaposi, els ulls enfonsats en la cara sense carn” (Lestrade i Pialoux, 2012: 34). Amb la invenció dels inhibidors de la proteasa es va allargar la vida dels malalts i es van salvar aquells que no havien sucumbit amb l'AZT (Grmek, 1990: 283-304). Al cap de quatre o cinc anys de prendre aquesta medicació, però, causava lipodistròfia en els afectats, és a dir, canviava el seu aspecte físic. I aquest va ser el segon rostre de la malaltia: pòmuls sortits, cara amb forma de calavera, cames primes, acumulació de greix a la panxa, gepa... Aquest va ser l'aspecte del malalt de sida durant molts anys.

Des de la irrupció de la malaltia fins ara, els progressos en l'àmbit de la medicina i la ciència, les investigacions en tractaments, els canvis en la percepció social de la malaltia i dels malalts, els mosaics d'afectats que s'han dibuixat i esborrat, la circulació pròpia del virus... tots aquests elements han canviat dràsticament amb els anys. I així ho continuaran fent. Potser algun dia la sida serà una pesta definitivament vençuda, com la verola, com la sífilis. Potser els progressos de la medicina podran fer desaparèixer la sida com van fer desaparèixer la lepra i la tuberculosi, però podríem dir, parafrasejant Foucault, que una cosa restarà, quan la sida hagi sortit definitivament del circuit d'allò patològic, i és la relació de l'individu amb la seua

fantasmes, la relació d'una cultura amb allò que exclou.⁵

BIBLIOGRAFIA

- BRUNET, Jean-Baptiste. "Comportament français". *Les Temps Modernes*, "New York, Londres, París. Toxicomanie, sida, exclusión" 567 (1993): 52-56.
- DEFERT, Daniel. "La ville malade du sida". *Les Temps Modernes*, "New York, Londres, París. Toxicomanie, sida, exclusión" 567 (1993): 41-46.
- FOUCAULT, Michel (1999). *Entre filosofía y literatura*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, Michel (2003). *Hay que defender la sociedad*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (1998). *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (2008). *Seguridad, territorio, población*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel (2005). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- GRMEK, Mirko D. (1990). *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*. París: Éditions Payot.
- LESTRADE, Didier i Pialoux, Gilles (2012). *Sida 2.0. Regards croisés sur 30 ans d'une pandémie... et demain?* París: Fleuve Noir.
- MILLER, James (1996). *La pasión de Michel Foucault*. Barcelona: Editorial Andrés Bello.
- MOULIN, A.M. (1991). *Le dernier langage de la médecine. Histoire de l'immunologie de Pasteur au sida*. París: PUF.
- POLLAK, Michaël (1991). *Le sida: Une épidémie autogérée? La prise de conscience des homosexuels en Europe*. Citat a: VVAA (1991). *Conquête de la sécurité. Gestion des risques*. París: Éditions l'Harmattan.

⁵ La cita a què fem referència és de *La Locura, la ausencia de obra*: "Sé molt bé que proposant aquesta última hipòtesis impugno el que s'admet ordinàriament: que els progressos de la medicina podran fer desaparèixer la malaltia mental, com la lepra i la tuberculosi; però una cosa restarà: que és la relació de l'home amb els seus fantasmes, amb el seu impossible, amb el seu dolor sense cos, amb el seu esquelet de nit; que un cop posat fora de circuit allò patològic, el fosc parentiu de l'home a la bogeria serà la memòria sense edat d'un mal esborrat en la seva forma de malaltia, però que continua obstinant-se com a desgràcia. La veritat és que aquesta idea suposa inalterablement allò que, sens dubte, és el més precari, molt més precari que les constàncies d'allò patològic: la relació d'una cultura amb allò que exclou" (Foucault, 1999: 270).

POLLAK, Michaël (1995). *Une identité blessée*. Citat a: Glucksmann, André (1995). *La fisura del mundo. Ética y sida*. Barcelona: Península.

VIGARELLO, Georges (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada Editores.

VVAA. “El sida en los medios de comunicación. Análisis comparativo de El País, La Vanguardia y The New York Times en los 20 años de historia de la enfermedad (1981-2001)”. *Quark*, 24 (2002): 48-61.

VVAA. “Sida y otras enfermedades emergentes. De la alarma a la falsa sensación de seguridad”. *Quadernos Quiral* IX 3 (2001): 1-14.

DEL HOSPITAL DE POBRES A LA CULTURA HOSPITALO-CÉNTRICA. ECONOMÍA POLÍTICA Y CAMBIO CULTURAL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO CATALÁN

From the poor hospital to the hospital-centric culture. Political economy and cultural change in the Catalan hospital system

JOSEP M. COMELLES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) josepmaria.comelles@urv.cat

Es profesor emérito de antropología, desde 2015, en la URV. Doctor en Antropología (EHESS, París) y doctor en Medicina (UB) también es especialista en Psiquiatría.

ELISA ALEGRE-AGÍS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) elisa.alegre@estudiants.urv.cat

Es estudiante del doctorado de Antropología y Comunicación de la URV. Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Valencia (2009), licenciada en Antropología Social y Cultural (2012) y Máster en Antropología Médica y Salud Internacional (2014) por la URV.

JOSEP BARCELÓ PRATS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) josep.barcelo@urv.cat

Es profesor e investigador en el Departamento de Enfermería de la URV desde el 2009. Doctor en Antropología por la URV (2014), sus líneas de investigación son la antropología médica y la historia de las instituciones asistenciales.

RECIBIDO: 23 DE JUNIO 2017

RESUMEN: En el presente artículo se describe la evolución del sistema sanitario catalán utilizando, para ello, el desarrollo de un concepto cultural –el hospitalo-centrismo– clave para entender la hegemonía de la institución hospitalaria en los dispositivos de salud actuales. A tales efectos y utilizando dos perspectivas complementarias como son la historia antropológica y la antropología médica, el artículo analiza un *case study* a partir de tres ejemplos: la demanda de urgencias hospitalarias asociadas a una concepción cultural de lo que es “grave” y al *embodiment* de su eficacia por los ciudadanos; la necesidad del rol de asilo en las enfermedades crónicas o terminales; y la conversión del cuidado doméstico como “hospitalización doméstica” en el caso de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: hospital-centrismo, sistema sanitario, historia de hospitales, urgencias, cuidados crónicos, salud mental.

ACEPTADO: 22 DE OCTUBRE DE 2017

ABSTRACT: This article describes the evolution of the Catalan Health System, using the development of a key cultural concept –hospital-centrism– to understand the hegemony of the hospital institution in the current health devices. To this purpose, and using two complementary perspectives such as anthropological history and medical anthropology, the article analyzes a case study from three examples: the demand for hospital emergencies related with a cultural conception of what is “severe”, and with its effectiveness *embodied* by the citizens; the need of the asylum role in chronic or terminal diseases; and the transformation of domestic care to “domestic hospitalization” in mental health cases.

KEYWORDS: hospital-centrism, health system, history of hospitals, emergencies, chronic care, mental health.

Comelles, Josep M.; Alegre-Agís, Elisa; Barceló Prats, Josep.

“Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 57-85.

DOI: 10.7203/KAM.10.10420 ISSN: 2340-1869



DEL HOSPITAL DE POBRES A LA CULTURA HOSPITALO-CÉNTRICA. ECONOMÍA POLÍTICA Y CAMBIO CULTURAL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO CATALÁN¹

En nuestros días, el gran hospital se considera una fábrica de salud y un lugar de paso, totalmente opuesto a la concepción tradicional, (...) que tiende a eclipsar el resto de servicios (...) para convertirse en el principal e insustituible vehículo de la salud pública.²

La reforma de los sistemas sanitarios europeos y el desarrollo del estado del bienestar cambiaron las representaciones culturales “locales” de los hospitales y manicomios. El punto de partida era la imagen estereotipada de esas instituciones como asilos de “incurables” o refugio para los pobres y los locos; el punto de llegada, una nueva representación “global”, colectiva y “hospitalo-céntrica”, muy tecnificada y hegemónica en los dispositivos de salud. Esta transformación, que se produce durante el siglo XX en todos los países occidentales –aunque con cronologías distintas–, fue la consecuencia de los efectos globales que tuvo la aplicación del *Flexner Report* (Flexner, [1915] 1972)³ sobre la economía, administración y organización de los hospitales norteamericanos (Risse, 1999) y que les obligaba a adaptarse a la cada vez más compleja atención técnica, a la introducción de tecnología diagnóstica y terapéutica y a la formación de profesionales para poder conseguir su acreditación por parte de las autoridades. Atendía, además, al hecho que con la generalización de los seguros públicos y privados de salud estos exigían escandallos de costos bien establecidos y rendimientos de cuenta de resultados económicos y sanitarios.

El “hospitalo-centrismo” es un concepto cultural con el que describimos la hegemonía del hospital en los dispositivos de salud actuales, desarrollado a partir de la asunción, por parte del estado moderno, de garantizar su capacidad resolutoria, su fiabilidad económica y su valor como espacio fundamental en la formación de profesionales. Aunque en los años veinte del siglo pasado se trataba de un punto de partida ajeno a la percepción social y cultural de este tipo de instituciones, el discurso derivado de su eficacia diagnóstica y terapéutica y el hecho de convertirse –los nuevos hospitales construidos en América entre 1920 y 1940– en edificios singulares dotados de un enorme valor simbólico (De la Camara, 1948; Pieltaín, 2003), contribuyeron a su *embodiment* en la percepción de los ciudadanos que los ubicaron, también, en el centro de sus “complejos asistenciales” (Comelles, 1997). Todo ello desemboca en el “hospitalo-centrismo” desde, al menos, tres perspectivas: la de los poderes políticos que asumen la posición central del hospital en los dispositivos sanitarios; la de los profesionales porque son los espacios fundamentales de su educación y donde se construyen sus

¹ Nuestro agradecimiento a Marta Allué, Xavier Allué, Reis Fontanals, Antoni Conejo, Pilar Salmerón, Josep Danón, Enrique Perdiguero-Gil, Teresa Huguet, Jon Arrizabalaga, José Luís Peset, Rafael Huertas, Coral Cuadrada, Ángel Martínez, Georges Lanteri-Laura y Louis Assier-Andrieu. Este texto es parte del proyecto: *Reforma Sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la Transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención*, HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE] dirigido por Enrique Perdiguero-Gil.

² Guardia, M. A. (16 abril 1966). “El servicio de urgencias del Hospital Clínico será trasladado a un nuevo pabellón. Los centros asistenciales de la ciudad son insuficientes para atender la población urbana”. *La Vanguardia Española* (55).

³ El informe *Flexner* definió las especificaciones y estándares que debían reunir los hospitales para proporcionar la formación adecuada de los médicos (Starr, 1982).

expectativas profesionales;⁴ y, en último término, para los ciudadanos porque han cambiado radicalmente su posición en lo que podemos llamar la folk-medicina actual de las clases populares y en la que el hospital ha pasado a ser también un referente para las decisiones relativas a los procesos de salud, enfermedad y atención.

La hegemonía del hospitalo-centrismo supuso, también, y ese será uno de los objetivos de este artículo, la subalternización de otros espacios y recursos terapéuticos inscritos en el “pluralismo asistencial” de todas las sociedades actuales (Riccò, 2017). Si hasta mediados del siglo XX, en Occidente, la inmensa mayoría de “procesos asistenciales”⁵ discurrían en el ámbito del espacio doméstico, en la actualidad el hospital es un referente cotidiano en los mismos. La eficacia y capacidad de respuesta de los hospitales a las demandas ciudadanas son, sin lugar a dudas, los mayores argumentos para justificar las enormes inversiones necesarias para su construcción y mantenimiento y explican su condición de activos económicos, sociales, políticos y culturales.

En la hegemonía actual del hospitalo-centrismo se dan, sin embargo, ciertas paradojas. En primer lugar y contrariamente a lo que cabría esperar, la mejora general de los indicadores de salud de la población ha contribuido a un mayor uso de los dispositivos hospitalarios. Los centros abiertos 24/7 reciben actualmente un mayor número de consultas, aunque éstas no se traduzcan en un aumento significativo de las hospitalizaciones de más de un día. Asimismo, se han reducido a mínimos históricos los tiempos de hospitalización mediante alternativas como la cirugía ambulatoria –*one-day surgery* o *outpatient surgery*–, las técnicas quirúrgicas muy poco invasivas –como la laparotomía– y la descentralización o externalización de parte de la tecnología de diagnóstico por la imagen. En segundo lugar, la apuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por una cultura de la salud ligada a la prevención, la promoción y la educación de la salud impulsa movimientos de *empowerment* o *agency*,⁶ esto es de autonomía de los pacientes que tienden a reducir la demanda de atención médica hospitalaria a casos que pueden considerarse relativamente excepcionales, al menos entre los 2 y los 55 años de edad y con la excepción, principalmente, de los accidentes, las neoplasias y de la salud reproductiva. En último lugar, hay una relación entre los determinantes de la demanda, la creciente facilidad de acceso a información contrastada (Allué, 2013; Llamero, 2017; Egbe *et al.*, 2017: 247-253) y la aparición permanente de nuevas categorías diagnósticas (Comelles, 2017) que tienen poco que ver con el pasado reciente (Herzlich y Pierret, 1984; Comelles, 2004). No pocas de ellas, consideradas malestares de lo cotidiano, favorecen el recurso a una amplísima oferta de servicios, en el marco del pluralismo asistencial (Riccò, 2017), en el que el hospital es un recurso inusual por no decir anecdótico. Sin embargo, desde la perspectiva del despliegue de la economía política del dispositivo sanitario, el hospital sigue siendo el referente simbólico principal del sector

⁴ Más adelante se describe la subalternidad del resto de espacios asistenciales (Comelles, 1993).

⁵ Sobre el concepto de proceso asistencial y otros sinónimos, ver: Comelles (1997) y, sobre todo, Haro (2000).

⁶ Se trata de dos anglicismos de difícil traducción, muy empleados en antropología y que remiten a la toma de conciencia de la autonomía de los actores sociales en la toma de decisiones. Allué (2013) utiliza el término “paciente inquieto” para describir esas conductas desde una perspectiva etnográfica.

salud por su capacidad resolutoria y por ser hoy el núcleo principal de la producción de conocimiento médico y de formación de profesionales.

A grandes rasgos, el hospitalo-centrismo, que se inscribe en el “proceso de medicalización”,⁷ es el producto de un discurso médico “orgánico” hegemónico (Menéndez, 2005) que se proyecta sobre la política, la cultura y los medios de comunicación. Su legitimidad viene dada por un discurso basado en la “eficacia”, derivado del reconocimiento de la ciencia experimental, que sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en el vértice superior del dispositivo de salud, especialmente en lo que refiere a urgencias vitales.

Los grandes hospitales son los únicos capacitados para un rápido diagnóstico y tratamiento porque, en general, sólo una financiación oficial es capaz de soportar el costeamiento de los modernos aparatos terapéuticos y dotar de riñón artificial, bomba de cobalto, equipo de transfusiones al alcance de la mano, así como facilidad de evacuación a otros departamentos dentro del mismo recinto, donde sean atendidos en salas generales, permitiendo descongestionar, tener libre el pabellón de urgencias, para las nuevas que se registren.⁸

Tanto el intervencionismo diagnóstico y terapéutico en los hospitales como la reducción de los tiempos de hospitalización de los pacientes⁹ son incompatibles con la mayoría de demandas actuales de cuidados a medio y largo plazo, muy características de tiempos presentes por la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que se gestionan en el espacio doméstico. La atención de estas enfermedades explica la “noble función de asilo” que tuvo el “hospital de pobres” en el pasado como alternativa a la falta de recursos para la atención a estos casos en el seno de los grupos primarios. En la medida que el hospitalo-centrismo excluye –como veremos– el asilo, el dispositivo sanitario ha tenido que inventar, desarrollar e incorporar instituciones especializadas para este tipo de cuidados, así como nuevas estrategias de hospitalización a domicilio.¹⁰

El hospital de pobres del pasado y el actual hospital técnico, además de realidades administrativas y organizativas, son también *ideal types* culturales. Esta condición cultural es “determinante” en la toma de decisiones de los ciudadanos, como parte de sus “procesos asistenciales” (Haro, 2000). La elección del hospital, frente a otras alternativas, es el producto de cómo la experiencia previa de los actores sociales en esa institución ha sido *embodied* y convertida en un referente clave en las tomas de decisiones en situaciones de crisis (Comelles, 1997). Esto puede aplicarse tanto en la actualidad como a las primeras fundaciones hospitalarias de la Edad Media, puesto que la dimensión cultural del hospital, desde sus inicios (Comelles, 2013; Barceló, 2017), es el resultado de una compleja dialéctica entre ciudadanos, profesionales –el personal de recepción, los sanitarios o los administradores– responsables políticos y las administraciones públicas locales y/o

⁷ Sobre el concepto de proceso de medicalización ver Egbe, Alegre-Agís y Comelles (2017: 248–250).

⁸ Guardia, M. A. (16 abril 1966). *Op.cit*

⁹ En términos técnicos nos estamos refiriendo a los ritmos de la “rotación” de pacientes.

¹⁰ Esto ha significado desarrollar nuevos modelos asilares denominados común y actualmente como socio-sanitarios.

estatales (Risse, 1999; Rosen, 1963; Miller, 1985; Nutton, 1982; Comelles *et al.*, 1991; Barceló, 2017).¹¹

Para comprender la evolución hacia la hegemonía del hospitalo-centrismo, el presente artículo analiza un *case study* desde dos perspectivas complementarias, como son la de una historia antropológica y de la antropología médica, aplicadas al caso del dispositivo hospitalario en la Cataluña contemporánea, un particularismo histórico en España (Comelles, 2010 y 2013; Barceló y Comelles, 2016),¹² a partir de tres situaciones: la demanda de urgencias hospitalarias asociadas a una concepción cultural de lo que es “grave” y al *embodiment* de su eficacia por los ciudadanos; la necesidad del rol de asilo en las enfermedades crónicas o terminales; y la conversión del cuidado doméstico como “hospitalización doméstica”¹³ en el caso de la salud mental.

DEL HOSPITAL-ASILO AL HOSPITAL TÉCNICO

El sistema hospitalario catalán se compone de una red pública y privada de 125 hospitales.¹⁴ Una parte sustancial de los de utilización pública pertenecen –en parte o totalmente– a los

¹¹ El hospital local es un objeto de estudio privilegiado para la etnohistoria urbana. Aplicarle los conceptos derivados de las *local level politics* (Swartz, 1968) pone de relieve los intereses particulares y la evolución de la política local (Barceló y Comelles, 2016). El papel de asilo permite acercarse a su significación social y cultural y la presencia de médicos y farmacéuticos permite ubicar su lugar simbólico en el pluralismo asistencial (Perdiguero-Gil y Comelles, 2015), así como su articulación con el proceso de medicalización. Esto explica también por qué los hospitales han sido objeto de una minuciosa mirada etnográfica, incluso, mucho antes de convertirse en objeto de estudio para historiadores (Henderson *et al.*, 2007; Bonfield *et al.*, 2013; Hugué-Termes *et al.*, 2014), sociólogos (Freidson, 1963; Steudler, 1973 y 1974) y antropólogos profesionales (Fortin y Knotova, 2013: 11-14; Perdiguero-Gil *et al.*, 2014: 229-231).

¹² La elaboración de este artículo deriva de investigaciones en curso de sus autores: una sobre la economía política de los hospitales catalanes (Barceló y Comelles, 2016); otra sobre la hospitalización doméstica (Alegre-Agís, 2017); y una tercera, aun inédita, sobre la reforma sanitaria en Cataluña. Estas investigaciones combinan una aproximación etnográfica, basada en entrevistas con profesionales, pacientes y sus redes sociales, observación participante en distintas instituciones y, finalmente, una revisión de literatura sobre la reforma sanitaria y hospitalaria durante el tardofranquismo y la Transición democrática; otra de literatura gris procedente principalmente del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, así como la revisión de la hemeroteca de *La Vanguardia*; y otra exhaustiva –aunque no del todo reflejada en este artículo– de las colecciones de *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia (1956-1967)* –y una segunda época entre 1968 y 1981– y *Tribuna Médica (1964-1996)*. La primera de estas dos colecciones, una revista publicada por el Colegio de Médicos de Barcelona e inspirada por el Dr. Ignasi Aragó, es una fuente indispensable para la introducción en Cataluña de las nuevas corrientes de la planificación hospitalaria que influyeron en el desarrollo de los mapas sanitarios de la Transición democrática. Además, la revista contiene artículos internacionales que cubren casi todos los aspectos de lo que representa el modelo occidental moderno de hospital. *Tribuna Médica*, publicada por Antibióticos S.A., era un semanario distribuido gratuitamente a los médicos con una enorme cantidad de información sobre la problemática internacional de la medicina y la salud, con numerosas aportaciones sobre hospitales y salud mental. Asimismo, fue el pionero en la divulgación de los cuidados paliativos muy poco representados en la prensa profesional española.

¹³ A lo largo del artículo se hablará de “hospitalización doméstica” y “hospitalización a domicilio”, dos categorías que deben distinguirse. La primera refiere a la inercia custodial y manicomial proyectada sobre el espacio doméstico en la que se reproducen dinámicas y lógicas propias de la institución total (Alegre, 2017). La segunda, dentro del modelo de psiquiatría comunitaria, indica la atención por parte de profesionales de la salud mental, generalmente trabajadores sociales, a domicilio.

¹⁴ A finales del año 2015 la red pública catalana disponía de 69 hospitales (un 55,7% de los existentes) que suponían el 68,3% de las camas existentes (Alonso y Bustos, 2016).

municipios, como herederos que son de fundaciones medievales o *patronats* creados, expresamente, desde y por el derecho privado (Barceló, 2015a). Su estatus –ayer como asilos de beneficencia, hoy como empresas de servicios– siempre ha sido ambiguo, entre el derecho público y el privado, pues en sus patronatos encontramos administradores nombrados por los ayuntamientos, a veces por los cabildos eclesiásticos locales, y, más recientemente, por la Generalitat de Catalunya. Por lo que respecta al resto de instituciones públicas existentes en el Principado, todas ellas construidas por la Seguridad Social (SS) franquista, su titularidad fue transferida a la Generalitat, en 1981, quién creó el órgano de gestión llamado Institut Català de la Salut (ICS).

Antes de la Guerra Civil, el mercado médico catalán ya estaba muy desarrollado y fuertemente medicalizado (Barceló, 2015b): Médicos, farmacéuticos, hospitales públicos locales y clínicas privadas, quirúrgicas y maternas, cubrían la totalidad del territorio (Bertrán, 1936: 275-289).¹⁵ El dispositivo público asumía las obligaciones de la beneficencia liberal (Comelles y Barceló, 2017), mientras el privado ofrecía sus servicios a particulares, a mutuas obreras o a seguros privados (Pons y Vilar-Rodríguez, 2014 y 2017). La mayoría de los hospitales locales habían invertido en modestas salas de operaciones, pequeñas maternidades, así como en laboratorios (Comelles *et al.*, 1991). En 1936, el sistema sanitario catalán era, sin duda alguna, uno de los más desarrollados de España debido a la gran expansión del mutualismo (Rodríguez-Ocaña, 1990; Vilar-Rodríguez y Pons, 2011). Durante la Guerra de 1936-39 este dispositivo mostró su capacidad técnica y contribuyó a una nueva concepción del hospital como una herramienta técnica en manos de médicos, cirujanos y enfermeras diplomadas (Broggi, 2001: 88-95; Hervás, 2004). Y ya bajo el régimen franquista (1939-1977), inicialmente, se adaptó a la fundación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942 –una mutualidad obligatoria para los ejecutivos y los empleados en la línea de los modelos Bismarck (Sigerist, 1984) inspirado en el fascismo italiano (Terrón *et al.*, 2017)–, y, posteriormente, a la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967 como principal activo de las políticas sociales del citado régimen.¹⁶ En 1960, el SOE ya tenía afiliado un 50% de la población, la SS un 85% en 1975 (Miguel, 1979: 63 y 115). Su implantación, paralela al impacto cultural que tuvieron los antibióticos en la demanda de atención por parte de la población y en los comportamientos por parte de los profesionales sanitarios (Comelles, 2004; Comelles *et al.* 2013), favoreció el acceso a los servicios de salud y a los de farmacia y modificó la estructura de los procesos asistenciales de un modo parecido a lo que sucediera en Europa (Comelles, 1993; Galam, 1996; Helman, 2003 y 2004). La principal diferencia, en relación a Europa o Norteamérica (Stuedler, 1974; Risse, 1999), fueron las dos décadas de desfase en la reforma de los hospitales en Cataluña. Desde finales de los cincuenta, un grupo de profesionales –liderado por Ignasi Aragó– abordó un amplio debate técnico sobre la

¹⁵ Como, por ejemplo, el Institut Policlínic Plató fundado en 1924 para desarrollar y efectuar la cirugía más pionera (Casares y Fuentes, 2001). Las *Guies Mèdiques del Sindicat de Metges de Catalunya*, publicadas entre 1918 y 1936, contienen un inventario de estos recursos y la lista de facultativos asignados a ellos. Tras la Guerra Civil, *Medi-farma* fue una guía de recursos y profesionales, editada por el Colegio de Médicos de Barcelona, con un papel similar. Sobre el desarrollo de la red privada en Cataluña, ver (Comelles, 1983; Zarzoso, 2017).

¹⁶Véase, entre otros, Miguel (1979) y Solé-Sabarís (1971).

reforma del dispositivo hospitalario catalán inspirado inicialmente por modelos europeos y, posteriormente, norteamericanos dentro del marco de la administración provincial (Aragó, Artigas *et al.*, 1969) y municipal (Aragó, 1967).

La necesidad de reformar el dispositivo hospitalario catalán tuvo que ver con distintas variables. La primera, una cultura “hospitalaria” plenamente integrada desde antes de la Guerra Civil por las clases medias y altas, relacionada con el valor de la afiliación al mutualismo privado u obrero. En segundo lugar, la afiliación obligatoria al SOE no frenó la continuidad de los contratos a los seguros de enfermedad privados y a las mutuas, por parte de los afiliados a los mismos, puesto que el SOE no abrió su primer hospital hasta finales de los años cincuenta del siglo pasado. En Cataluña, la cultura sanitaria había incorporado un *ideal type* de medicina, así como la capacidad resolutive del hospital en la patología quirúrgica y la atención materno-infantil (Comelles, 2017; Rius, 2004; Comelles y Perdiguero-Gil, 2015). La afiliación a las mutuas se transmitía de generación en generación junto con sus valores asociados, lo que favoreció la consolidación de un discurso médico propicio a desarrollar por este tipo de establecimientos, con la idea de hacerlos permeables a la creciente expansión del mercado privado (Zarzoso, 2017). Esto explica el origen sobre los debates relativos a la reforma hospitalaria tras el parón que significó la crisis económica de la postguerra, la cual impidió tanto la introducción de determinadas novedades técnicas como la implantación de un nuevo modelo de gestión hospitalaria (Pons y Vilar-Rodríguez, 2016). Sin embargo, en este momento todavía no podía hablarse de hospitalo-centrismo puesto que la mayor parte de procesos asistenciales no quirúrgicos o traumatológicos seguían gestionándose en los domicilios de los pacientes (Comelles *et al.*, 2013; Comelles, 2015). A escala catalana, el debate sobre la reforma hospitalaria tenía relación con las críticas que médicos, técnicos y usuarios hacían al SOE y la SS franquistas por la deficiente calidad de sus servicios, por la falta de una red propia de hospitales y por los obstáculos burocráticos a las demandas de urgencia (Comelles y Perdiguero-Gil, 2016). Tales críticas explican la apertura de debates sobre la reforma del sector público de salud en 1965 (Solé-Sabarís, 1971), y una amplia producción de documentos relativos a la red hospitalaria, en buena parte recogidos en la colección *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia*.

EL DESARROLLO DEL HOSPITAL MODERNO

El primer franquismo nunca abordó la reforma de la vieja y obsoleta legislación de beneficencia. La administración local –municipios y diputaciones–, siguió asumiendo la atención a los pacientes pobres sin los recursos suficientes para invertir en la mejora y adecuación de sus hospitales. Con la creación del SOE, el Régimen implementó una política sanitaria jacobina. A saber, ubicaría un único hospital en cada capital de provincia, denominado “residencia sanitaria”, destinado a los “productores” –un eufemismo para “obrero”–, construido siguiendo los modelos norteamericanos (Pieltaín, 2003) y con una calidad hotelera similar a las clínicas privadas para distinguirlo de los hospitales locales y provinciales (Allué, 2011; Reventós, 2002; Pons y Vilar-Rodríguez, 2016). Estas “residencias” fueron, inicialmente, hospitales quirúrgicos y maternidades, ya que el SOE era

fundamentalmente asistencialista y marginó la prevención y educación para la salud (Perdigüero-Gil y Comelles, 2014 y 2016; Terrón *et al.*, 2017). A pesar de la propaganda, la construcción de las residencias sanitarias se dilató en el tiempo (Vilar-Rodríguez y Pons, 2016) y, a finales del Régimen, expertos (Miguel, 1976; Solé-Sabarís, 1971; Infante, 1975) y actores sociales (Candel, 1976) criticaban abiertamente su organización y su funcionamiento (Comelles y Perdigüero-Gil, 2016). Los técnicos eran conscientes de la necesidad de coordinar las distintas redes hospitalarias así como su adaptación a entornos locales y comarcales (Aragó *et al.*, 1969). La prensa también reclamaba “una red hospitalaria coordinada para la región con establecimientos en cada comarca”,¹⁷ puesto que los movimientos sociales urbanos barceloneses exigían “hospitales de barrio” y terminar con el caos asistencial.¹⁸ Para los ciudadanos, la reforma del sector salud pasaba, ante todo, por una reforma de los hospitales que no se limitara solamente a la atención maternal, traumatológica y/o quirúrgica.¹⁹

Ignasi Aragó (Reventós *et al.*, 1990; Martínez Callén, 2002) se inspiró de modelos hospitalarios europeos ampliamente descritos en la colección *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* (León y Sarrasqueta, 2017). Sin embargo, su discípulo Carlos Soler Durall, autor de la jerarquización del Hospital de Sant Pau de Barcelona, se inspiró en el modelo norteamericano.²⁰ Pretendía un hospital abierto a mutuas públicas, privadas y a particulares, movilizó a los filántropos²¹ y creó, en Sant Pau, un servicio de urgencias y una unidad coronaria modernas,²² además de reorganizar completamente la administración de la institución.²³

Los servicios de urgencia en los hospitales son rentables socialmente, aunque económicamente resulten carísimos. La comunidad espera hoy algo distinto que ayer, en lo que se refiere a un servicio de urgencias. Antes pedía rapidez. Hoy piden que se resuelva el problema permanente. El paciente necesita, en primer lugar, el mantenimiento de la vida, y, sin solución de continuidad, la restitución de la función. No basta, hoy por hoy, con mantener al paciente con vida hasta que el hospital funciones y pueda atenderlo, sino que es preciso empezar, desde el primer momento, un tratamiento de recuperación. (...) Hoy en día el

¹⁷ Francés, Enrique (22 marzo 1974). “Urge una planificación regional hospitalaria. La actual distribución de centros clínicos es arbitraria e insuficiente”. *La Vanguardia Española* (33).

¹⁸ Anónimo (7 enero 1972) “Déficit en la infraestructura hospitalaria y asistencial del Vallés. Desfase entre crecimiento demográfico e industrial y creación de centros sanitarios”. *Tribuna Médica*, 425: p.20.

¹⁹ La atención primaria fue objeto de un debate limitado (Bravo *et al.*, 1979), a pesar de la creación de la especialización, a través del Programa MIR (Médico Interno Residente), en medicina familiar (Fajardo, 2007) y de la incorporación de la noción de “promoción para la salud” (García López, 2014).

²⁰ Sobre la jerarquización en España, ver: Aragó, 1967; Reventós *et al.*, 1990: 111-122; Reventós, 2002; Martínez Callén, 2002; Comelles, 2006: 218-227; y Nadal, 2016: 65-85. También, la entrevista realizada a Carles Soler-Durall en 2002 (Martínez-Callén, 2002).

²¹ Junta pro-unidad coronaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (4 agosto 1968). “Boletín de adhesión a la campaña pro-unidad coronaria. ¡Ayúdenos! Deseamos salvar 200 vidas en 1968. 300 en 1969. Y muchas más en el futuro. ¡La suya puede ser una de ellas!”. *La Vanguardia Española* (31).

²² Fernández-Cruz, Arturo (14 febrero 1967). “Gran atención y medicina de urgencia”. *La Vanguardia Española* (49)

²³ Anónimo (27 enero 1968). “Inauguración del servicio de urgencias del Hospital de San Pablo”. *La Vanguardia Española* (22).

hospital, además de atender técnicamente al paciente, debe ocuparse también de sus familiares.²⁴

El modelo de Sant Pau inspiró las posteriores jerarquizaciones de los hospitales públicos catalanes y el proyecto del mismo Carles Soler-Durall del Hospital General de Catalunya basado en el mutualismo privado.²⁵ El éxito del modelo queda reflejado en el hecho que la demanda de urgencias había saturado ya el servicio correspondiente en 1975,²⁶ demostrando la veloz incorporación del modelo por parte de los ciudadanos y su generalización al resto de instituciones. A consecuencia de ello, la SS no tardó en ofrecer servicios de urgencia en sus hospitales y, también, en sus ambulatorios.

Yo fui médico de urgencias de 1972 a 1976, primero, en un ambulatorio de Cornellà de Llobregat²⁷ y, después, en Vilanova i la Geltrú²⁸ (ambos municipios de la provincia de Barcelona), éste último contaba con una pequeña clínica quirúrgica privada y un antiguo hospital local. Yo realizaba mi trabajo con un conserje y una enfermera diplomada. En Cornellà, en un día normal, se podían atender entre 150 y 200 consultas y solamente disponíamos de una pequeña sala de curas y de un armario-botiquín. Cualquier urgencia de gravedad era remitida rápidamente a los hospitales de Barcelona, puesto que no teníamos ni un simple aparato de rayos X, ni un pequeño laboratorio, ni otros recursos más allá de los de un médico rural. En Vilanova era peor. Se atendían de 30 a 100 visitas diarias y el Hospital de Barcelona quedaba a unos 50 kilómetros de carretera sinuosa y peligrosa. Los bebés con riesgo de deshidratación, muy común en aquellas épocas, se derivaban directamente a Barcelona. A menudo, teníamos que movilizar ambulancias improvisadas cuando las familias no tenían coche. Por suerte, un gran número de demandas correspondían a patologías banales, pero los usuarios preferían la visita en el servicio de urgencias porqué los horarios de los médicos y practicantes no eran compatibles con los de su trabajo.²⁹

Para enviar un paciente al hospital, el médico de la SS debía rellenar el formulario “P10”. A continuación, debía resolver como transportarle, ya fuera en el coche de un pariente o vecino, movilizand las ambulancias de la Cruz Roja, incluso a un taxi. Si el paciente no tenía el “P10”, el desplazamiento al hospital no lo reembolsaba la SS. A la falta de flexibilidad producida por la organización piramidal de la SS se le sumaba un incremento exponencial de la demanda en los servicios de urgencias, que ya solían nacer sobrecargados, de los hospitales jerarquizados de Barcelona y de las otras tres residencias sanitarias correspondientes al resto de las capitales de provincia catalanas. Y es que tanto los residentes de zonas rurales como de cabezas de partido tan

²⁴ Soler-Durall, Carlos (1 noviembre 1972). “Los servicios de urgencia en los hospitales”. *La Vanguardia Española* (27).

²⁵ M., J. [pseudónimo] (24 agosto 1973). Lanzamiento de una idea de crear un Hospital general de Cataluña. *Tribuna Médica*, 516: p. 18.

²⁶ Anónimo (25 octubre 1975). “El servicio de urgencias del hospital de San Pablo supera la cifra óptima de ocupación”. *La Vanguardia Española* (3).

²⁷ Cornellà de Llobregat fue el municipio más industrializado de la comarca del Baix Llobregat. Entre los años 1950 y 1975 la población de la mencionada comarca aumentó un 380% hasta llegar a los 90.000 habitantes. Este fuerte crecimiento introdujo profundos desequilibrios en el conjunto del hábitat (Beltrán, 2002: 245-248).

²⁸ Vilanova i la Geltrú es un municipio perteneciente a la comarca del Garraf que en 1975 tenía alrededor de 40.000 habitantes.

²⁹ JHF, médico.

alejados de Lleida como Vielha, por ejemplo, se veían obligados a acudir a estos nuevos servicios de urgencia, muchas veces teniendo que desplazarse, por carreteras no muy transitables, a 100 y hasta 200 kilómetros de su casa. Los hospitales locales, que antaño habían absorbido la demanda de maternidad, traumatología no compleja, o pequeña cirugía, no disponían del capital necesario para invertir en su jerarquización y, faltos de medios incluso para ofrecer cirugías programadas o asistencia al parto, muchos se reconvirtieron en asilos para personas mayores (Comelles *et al.*, 1991: 265-273). La ciudadanía aprendió, de forma muy rápida, a distinguir entre la atención integral que dispensaban las urgencias de los grandes hospitales jerarquizados y los recursos locales mucho más modestos.

A pesar de todas las dificultades de acceso descritas, el hospital general terminó por convertirse en una institución permeable y referente para las situaciones críticas y angustiantes, en las cuales los ciudadanos no tardaron en aprender –y enseñar al resto del conjunto– como sortear la burocracia. Esta permeabilidad de acceso se amplió con la introducción de las nuevas tecnologías de diagnóstico por la imagen y por los efectos de la hospitalización de patología médica, sobre todo de personas mayores o de pacientes en etapas finales de su vida (Allué, 1985). En 1985, el promedio de las estancias hospitalarias se situaba alrededor de los diez días (Generalitat de Catalunya, 1985: 115), entre otras cosas, por qué el cuidado en el hogar de personas mayores era ya imposible debido a los cambios producidos en las estructuras familiares y por la inexistencia de un apoyo profesional eficaz. En esta arena social, el hospital dejó de ser un recurso excepcional.

El nuevo hospital empleó médicos, enfermeras y demás personal sanitario a tiempo completo, mientras que el Programa MIR (Médicos Internos y Residentes) aseguró la formación de especialistas en los nuevos hospitales cualificados. Este programa alimentó el *staff* de los nuevos y más pequeños hospitales comarcales. No obstante, y a diferencia de otros países como Francia o el Reino Unido, donde la práctica hegemónica operaba “fuera” de los hospitales puesto que el mercado médico continuaba siendo “exterior” a ellos, el conjunto de todas estas reformas desplazó la carrera profesional del facultativo dentro del hospital, colocándolo en una posición subordinada a éste (Comelles, 1993).

LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL HOSPITALO-CENTRISMO

Durante la Transición democrática Cataluña recuperó la idea de una planificación sanitaria comarcal cuyas bases procedían de la Mancomunitat de Catalunya y la Generalitat republicana (Comelles, 2010 y 2013; Comelles y Barceló, 2017). Las nuevas ideas procedían de los estudios y reformas ya realizados en la década de los sesenta instadas por las Diputaciones y los municipios que disponían de hospitales locales (Comelles *et al.*, 1991). Apuntaban a la necesidad absoluta de una reforma hospitalaria regionalizada (Aragó *et al.*, 1969) que finalmente hizo suya la Generalitat provisional (Generalitat de Catalunya, 1980a; 1980b). El énfasis de las reformas en el dispositivo hospitalario oscureció el debate sobre el despliegue de la atención primaria en ese mismo periodo. No podemos entrar en la complejidad de esta casuística, pero el hecho es que los ciudadanos no tenían la

misma conciencia en relación a la atención primaria ya que, para una parte nada desdeñable de la población catalana, los facultativos de las mutuas privadas ofrecían un servicio razonable que hacía que, las clases medias y altas, casi nunca utilizasen el recurso de la SS.

De este modo, la reivindicación del hospital técnico tuvo sus raíces en prioridades culturales – el *embodiment* por parte de los ciudadanos de sus bondades–, en el interés de los médicos y en la necesidad política de capitalizar y financiar a los antiguos establecimientos benéficos que no eran ya capaces de proporcionar atención técnica de calidad por su falta de inversiones. En Cataluña, la solución pasó por la concertación de servicios: la Generalitat financió las inversiones para efectuar las reformas necesarias, mientras que las fundaciones o patronatos municipales gestionaban el día a día a partir de empresas de servicios creadas *ad hoc*. Es lo que se conoce como “el modelo catalán”. En 1981, la Generalitat desarrolló las especificaciones técnicas que las instituciones hospitalarias debían cumplir para garantizar los estándares de calidad de sus servicios y planificó una red de hospitales comarcales de entre 100 y 150 camas cada uno. La financiación de estas infraestructuras no fue nada fácil y su aplicación real se demoró a lo largo de dos décadas. Sin embargo, la administración autonómica no pudo prever los efectos colaterales. Por un lado, el crecimiento de la demanda de urgencias hospitalarias fruto de la sencillez y gratuidad en el acceso y de los ya comentados cambios demográficos, sociales y culturales; y, por el otro, la creación de las “listas de espera” debido a la también creciente demanda en exploraciones, cirugía y terapéutica hospitalaria –como la oncológica–, en una sociedad que nunca antes había tenido un acceso tan fácil al dispositivo. Al mismo tiempo el desarrollo constante de nueva tecnología diagnóstica y terapéutica fue modificando los parámetros tradicionales de diagnóstico: anamnesis y exploración física pasaron a un segundo plano ante la eficacia diagnóstica de la tecnología. La imagen del médico generalista se difuminó y la demanda de respuesta diagnóstica nunca tuvo –ni puede tener– límites ya que, en última instancia, depende de las decisiones de los ciudadanos, a menudo tomadas sin el consejo o la recomendación de un profesional sanitario. Lo que se considera o se reconoce como social y culturalmente “urgente” no puede esperar a la apertura de los centros de atención primaria o a la visita del médico a domicilio del paciente. Por eso, las campañas para concienciar a la población de que no se salte el recurso de la atención primaria no han tenido éxito, y la estrategia de llamar a los teléfonos de consulta o atención sanitaria no presencial, como por ejemplo el “061 *CatSalut Respon*” en Cataluña,³⁰ depende del valor que los usuarios atribuyan a los signos y síntomas que observan y de su experiencia previa.

En 1982 se atendieron un total de 1.275.998 urgencias hospitalarias. En 1985 ya fueron 1.887.174. Un incremento de casi el 48% de consultas en una población que estaba estabilizada alrededor de los 5,5 millones de habitantes (Generalitat de Catalunya, 1985). Y, en 2014, a pesar de la información y educación de la población al respecto y del desarrollo de las urgencias en los casi 400

³⁰ El “061 *CatSalut Respon*” lo forma un equipo de más de 200 profesionales entre médicos, enfermeros y técnicos, cuya función es dar atención sanitaria no presencial y ofrecer consejo e información de salud. Además, en el “061 *CatSalut Respon*” se pueden realizar trámites administrativos. Si es necesario, este servicio le dirige al centro de salud más adecuado o bien activa un médico a domicilio, una ambulancia o un helicóptero medicalizado del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) para atender al usuario.

Centros de Atención Primaria (CAP) existentes (Generalitat de Catalunya, 2012) –que cuentan con el apoyo de una plantilla de más de 4.500 médicos de familia–, se registraron 4.450.094 consultas en los servicios de urgencias de los hospitales catalanes –públicos y privados– con una población aproximada de 7,5 millones de habitantes (EESRI, 2013). Esto es, casi dos tercios de la ciudadanía acuden anualmente a urgencias.

El pediatra y antropólogo Xavier Allué (1998) analizó, desde un punto de vista etnográfico y estadístico, las urgencias pediátricas en el Hospital Joan XXIII de Tarragona. En 1994, por ejemplo, se habían atendido 13.101 casos, incluyendo un 3'5% (458 casos) que acudieron a urgencias sin serlo. En 1995 fueron un total de 14.584 visitas, de las cuales 466 no presentaban patología. La consejera de salud de la Generalitat, en 2008, afirmaba en los medios de comunicación que era posible “ordenar” y gestionar toda esta demanda.³¹ Con el paso del tiempo, los hechos han demostrado que esto era y continúa siendo imposible, puesto que la demanda es cultural y construida a diario en *ethnoscapes* particulares. Hasta el punto que en 2015:

Más de la mitad de los pacientes que acudieron a un centro hospitalario por una urgencia médica tendrían que haber ido a otro tipo de centro. (...) Concretamente, el 52% de las urgencias hospitalarias se podrían haber resuelto en un Centro de Urgencia de Atención Primaria (CUAP) y el 12% en un CAP. Si los pacientes lo hubieran hecho, habrían encontrado la misma solución y en un tiempo de espera menor. Por lo tanto, solamente un tercio de los casos, realmente, necesitaba ir al servicio de urgencias de un hospital.³²

Ciertamente, la percepción de lo que es –y no es– urgente es cultural y casi siempre tamizada por la inexperiencia ante lo desconocido. En un contexto donde apenas existe la transmisión generacional de cuidados en salud, la experiencia de enfermedad para todos aquellos que no son mayores es menos común que antes. Sin embargo, ésta nunca ha sido y continúa no siendo la única explicación del –“mal”– uso de las urgencias. Hoy en día, la demanda y obtención de información se ha transformado de forma radical, puesto que internet ha hecho más fácil el acceso a los conocimientos, aunque, también, exige un cierto trabajo crítico de las fuentes consultadas. Marta Allué (2013) escribió, en una de sus etnografías, que la relación entre los pacientes y los servicios de salud requiere, en primer lugar, del aprendizaje de sus propias enfermedades para, posteriormente y si lo desean, poder negociar con el dispositivo de asistencia con el máximo de información posible a su disposición. Miguel Ángel Asenjo, uno de los referentes de la reforma hospitalaria en Cataluña (Reventós *et al.*, 1990), negaba –ya en los años 80 del siglo pasado– el argumento de la ignorancia de los usuarios cuando decía:

Se ha hablado mucho y no siempre con lógica de las verdaderas y falsas urgencias. Los autores más serios que figuran en mi biblioteca han podido demostrar que no más del 20% de las personas que acuden al servicio de urgencias sufren una auténtica urgencia. ¿Qué debemos hacer con ese 80% de falsas alarmas? Sostengo que el riesgo de que una urgencia de verdad

³¹ Ricart, Marta (3 enero 2008). “Urgencias crónicas”. *La Vanguardia* (26-27).

³² Calvó, Sonia (23 de diciembre de 2016). “El 64% de las urgencias hospitalarias podrían resolverse en un CUAP o en un CAP”. *El diari de la Sanitat* (1).

no sea correctamente atendida, de que esa urgencia no llegue al hospital y pueda determinarse la muerte de una persona, es un riesgo muy superior al trabajo que representa atender casos que no son de urgencia objetiva. La urgencia la define más el propio enfermo que el médico. Es quizá una sensación de estar enfermo hasta que el médico te asegura que no lo estás (Asenjo, 1980: 17).³³

Xavier Allué (1998) aporta una nueva explicación del fenómeno cuando recuerda que el hospital, además de ser una antena fiable de información, está abierto las 24 horas del día y por ello es capaz de dar respuestas eficientes ante la incertidumbre. La representación cultural de la “eficacia” ante la “urgencia”, diseñada a finales del siglo pasado como la mejor publicidad para el hospital y su imagen pública, también se proyectó hacia sus profesionales los cuales, desde entonces, tuvieron que asumirla como una responsabilidad profesional no exenta de ciertas paradojas. Y es que, como se puede ver en el siguiente ejemplo, la actitud de un médico de urgencias puede ser la contraria:

Un bebé de ocho meses con un resfriado de varios días. Fue llevado al pediatra de su centro de atención primaria dos veces. Al ver que no había mejoría, la familia lo llevó a un pediatra privado. (...) Al no remitir la fiebre, los padres acuden al servicio de urgencias, preocupados, por qué ya no saben qué hacer. El pediatra de guardia le retira todos los medicamentos recetados y le prescribe instilaciones de agua salada y un antipirético para la fiebre (Allué, 1998: 68).

Es precisamente la imagen de credibilidad y legitimidad que le otorga la institución, la que permite al médico hospitalario comprender la desconfianza de la ciudadanía en relación a los profesionales de atención primaria, cuya práctica queda supeditada a la hegemonía del hospitalo-centrismo, con especial énfasis, durante las situaciones de crisis. Llegados a este punto, la desconfianza es bilateral. Por un lado, los profesionales de primaria saben que se han convertido en la cara visible y más próxima de un sistema, caracterizado por la imagen social de una eficiencia global asociada al hospitalo-centrismo, que no pueden ni reproducir ni, tampoco, ofrecer plenamente en las consultas ambulatorias y en las visitas domiciliarias. Por el otro lado, los usuarios conocen los obstáculos burocráticos que la atención primaria les pone para las situaciones no urgentes y saben, si se lo pueden permitir, que la asistencia privada es capaz de ofrecerles un menor tiempo de espera. En el frente de ambos bandos, la guerra de trincheras. Las urgencias son medicina militar en tiempos de paz. Detener las hemorragias, evitar que el paciente se ahogue, aliviar el dolor, estabilizar...

Disparar primero y preguntar después. La extrema gravedad, que ronda a la muerte, puede ser reconocida por los ciudadanos. Y cuando la duda se instala es el peso de la representación de la gravedad percibida por los ciudadanos, construida a base de experiencias previas –“el niño tiene fiebre y parece que se paraliza el mundo. Si nos llaman al trabajo, ya no damos pie con bola; si nos damos cuenta por la noche, empezaremos a darle vueltas (qué mala es la noche) y ya no pegamos ojo; si es la abuela quien se da cuenta, ya habrán saltado todas las alarmas”–,³⁴ la que determina las

³³ Asenjo, Miguel Ángel (1 agosto 1980). “Las urgencias objetivas”. *La Vanguardia* (17).

³⁴ Galán, Lucía. (2014) “*Verdades y mentiras de la fiebre*”. *Lucía, mi pediatra. Desde la experiencia de mi profesión y la sensibilidad de mi maternidad*.

decisiones de acudir o no a los servicios. Ante una larga noche en la incertidumbre, se sabe que acudir a las urgencias hospitalarias, a pesar de saber que habrá que esperar varias horas en la sala de espera y unas cuantas más en una camilla, ofrece la seguridad de estar acogidos en una institución que basa su prestigio en la seguridad que ofrecen sus paredes y, aún en mayor medida, en su capacidad resolutive. Incertidumbre compartida por el paciente y su red social, compañera indispensable en la espera de urgencias. Tan indispensable que produce situaciones paradójicas en el servicio: “llegué muy cojo. A duras penas, conseguí llegar a admisiones tras una fuerte torcedura de tobillo. La administrativa me preguntó quién me acompañaba. Nadie –respondí–. Se sorprendió. No había celador disponible para empujar unas sillas de ruedas destinadas a ser manipuladas por un tercero”, y que el paciente no podía manejar por sí mismo”.³⁵

Durante el franquismo y la Transición democrática se criticaba acerbamente la práctica de los médicos de la SS por sus consultas cortas, enfocada hacia la prescripción médica o a las derivaciones o a las analíticas y radiografías. Es cierto que los pacientes habían aprendido a demandar y, aún más, a exigir. Los reformadores del sistema sanitario creían que, con educación y promoción de la salud, podrían cambiar los hábitos de usuarios y favorecer la toma de decisiones “racionales” (Terrón *et al.*, 2017). La racionalidad biomédica del sistema, nada tenía que ver con la racionalidad cultural de los pacientes que, a fin de cuentas, era la que determinaba sus decisiones y no los consejos técnicos. Costó una generación no exigir antibióticos en las viriasis...

La racionalidad cultural permite comprender que “la gente acude a urgencias porque desea rapidez e inmediatez”.³⁶ La respuesta rápida de los servicios de urgencia no puede equiparse a lo que sucede en un CAP. En atención primaria, entre la primera visita –que además no siempre puede ofrecer un tiempo razonable al paciente para que se explique cómo desearía– y el diagnóstico, el usuario se somete a una larga lista de visitas a especialistas y de exploraciones complementarias que pueden durar meses. Por ello, su capacidad resolutive es baja, excepto para aquellas patologías banales que siempre se habían manejado en la esfera doméstica y, eventualmente, con el saber hacer de un médico rural o un practicante local. En esta arena, la hegemonía cultural del hospitalo-centrismo rige el imaginario de las decisiones a tomar en los diferentes itinerarios terapéuticos. Los ciudadanos de otros tiempos sabían que sus facultativos tenían la misma capacidad resolutive a domicilio o en sus consultas que en el hospital. En 2017 saben que eso ya no es posible. Por eso las crisis en la demanda de urgencias, desde hace tiempo, se han vuelto crónicas (Torner *et al.*, 2003).

LOS OTROS ÁNGULOS DEL HOSPITALO-CENTRISMO

El hospitalo-centrismo está presente en todo el dispositivo de salud y absolutamente incorporado a la folk-medicina actual. La estructura piramidal del dispositivo convierte al hospital en la puerta de acceso a funciones distintas de las de la hospitalización clásica como, por ejemplo, el acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica ambulatoria o a los espacios de rehabilitación. El

³⁵ JHF, médico.

³⁶ Roglán, Joaquín (10 enero 1999). “Vida de urgencias”. *La Vanguardia. Suplemento: la Revista del Domingo* (2-5).

hospital es hoy un espacio público y permeable que configura experiencias personales muy distintas a las tradicionales de internamiento de los pobres, quedando este último recurso como excepcional y utilizado sólo por razones de enfermedad física o mental graves y prolongadas. Sin duda, su discurso institucional y académico sobre la eficacia médica se irradia al conjunto de la sociedad y está hecho a partir de la folk-medicina local y global.

Pero esta hegemonía no está exenta de contradicciones que, a continuación, abordaremos a partir de algunos ejemplos etnográficos recuperados de investigaciones hospitalarias realizadas en Cataluña. Tales investigaciones, la mayoría inscritas en el interaccionismo simbólico, muestran las dimensiones culturales del hospitalo-centrismo “en” diferentes salas o antecámaras del hospital.³⁷ El otro aspecto que también se analizará se centra en las relaciones que se establecen entre los demandantes de atención, los profesionales y las instituciones, así como, también, la posición activa de los enfermos (Allué, 2013) y cómo, todo ello, condiciona al conjunto del sistema.

La hegemonía del hospitalo-centrismo en Cataluña y la rigidez de acceso a la atención médica especializada o a las propias instituciones, deja a los facultativos de atención primaria –el profesional de referencia en muchos países– en una posición subalterna, a pesar de su papel en las urgencias de proximidad y de seguir ostentando el monopolio de la prescripción médica. Las distribuciones de estos profesionales en los diferentes CAP repartidos por todo el territorio catalán aseguran proximidad, pero los ciudadanos saben que sus respuestas diagnósticas y terapéuticas son modestas.³⁸ Tanto que, en ocasiones, su papel parece más el de guardagujas del sistema –volantes para análisis, pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas– que el de un médico diagnosticador y pronosticador como los de antes. La folk-medicina actual tiene perfectamente asumido este papel, estos son sus límites, a pesar de los esfuerzos de la administración para facilitar el consejo médico por teléfono, por internet³⁹ o mediante la aplicación de programas de educación y promoción de la salud. La demanda de urgencias hospitalarias no cesa. Si los niños son los clientes asiduos (Allué y Comelles, 1998), la mayor afluencia a los servicios de urgencia de los hospitales son las crisis intermitentes de los enfermos crónicos y de las personas mayores.

A principios de la década de los ochenta del siglo XX, Marta Allué aún describía el hospital técnico acogiendo agonizantes (Allué, 1985). Pero esta casuística ya no representa el actual paradigma. María Antonia Martorell (2015), en cambio, ya describe los itinerarios entre el hogar, el hospital, el hospital de día o el centro socio-sanitario desde la perspectiva de las redes sociales de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. En su etnografía se pone de relieve como este tipo de patologías crónicas ya no pueden ser –ni son– gestionadas por el hospital técnico, el cual ha perdido su condición de asilo para convertirse en un recurso asistencial a utilizar, básicamente, en las situaciones de crisis o de reagudización de la enfermedad crónica (Quiñones *et al.*, 2013).

³⁷ Algunos ejemplos se pueden encontrar en: Allué (1996); Allué (1998); Comelles (2002); Pallarès (2003); Comelles (2006); Serradell (2008); Allué (2011) y Perdiguero-Gil *et al.* (2014).

³⁸ La mayoría de los CAP no están equipados ni de aparatos de Rayos X ni, tampoco, de laboratorios que puedan realizar una simple analítica.

³⁹ Véase, en el [caso catalán](#).

En Cataluña, la introducción relativamente precoz –a finales de los años ochenta y principios de los noventa– de la filosofía de cuidados paliativos (Gómez-Batiste, *et al.*, 1996; Mahtani y González-Castro, 2006), aplicada por el *Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport* (PADES) en el domicilio del paciente (Generalitat de Catalunya, 2010), permitió que la hospitalización de este tipo de enfermos sea, actualmente, una circunstancia excepcional (Gómez-Batiste *et al.*, 2012). Los equipos locales de atención primaria –médicos, enfermeros y trabajadores sociales– complementan el soporte técnico en las “hospitalizaciones a domicilio”. Ello se ha traducido en una reducción de la demanda de hospitalización de pacientes en fases terminales de su vida y en la mejora de la calidad de vida de estos enfermos y sus familiares. Analizado en estos términos se habría conseguido transformar la percepción de los ciudadanos y de los profesionales de la atención primaria (Valderrama, 2008).

Sin duda alguna, el éxito del PADES –como ejemplo paradigmático del segundo ángulo del triángulo hospitalo-centrista– coloca en el centro del debate la organización de la asistencia domiciliaria en atención primaria. Entre otros motivos, porque este modelo puede también ser considerado como una descentralización del hospital adaptada a las particularidades de la vida cotidiana y muchas veces se denomina como “hospitalización a domicilio”. De un modo u otro, parecería que el hospitalo-centrismo más radical se bate en retirada ante las experiencias personales de los actores sociales que devienen militantes de unas modificaciones asistenciales en las que la coproducción de saberes es un hecho. Uno de los puntos fuertes de este proceso ha sido el cambio de perspectiva en los roles de la enfermería a domicilio, fruto de dos décadas de reformas en la formación de estos profesionales (Codorniu *et al.*, 2011).⁴⁰

Si el PADES ha reducido los viajes al hospital, por los efectos de un modelo de atención y soporte descentralizado, el siguiente caso de estudio conforma el tercer y último ángulo de nuestro triángulo situándose, en un territorio fronterizo, entre el hospital y la “hospitalización doméstica” –o mejor dicho en un vaivén entre éstos–. El modelo de asistencia psiquiátrica actual arraigó en Cataluña (Comelles, 1991), más tarde que en otras regiones, con el cierre de los asilos psiquiátricos y la transferencia de la atención a las crisis agudas a salas de hospitales generales y especializados. Como en los otros ámbitos de la medicina, una parte de los psiquiatras quisieron participar de la nueva concepción hospitalo-céntrica y alinearse, de este modo, con otros especialistas (Fourquet *et al.*, 1975; Comelles *et al.*, 1980). Ciertamente, la transición de la imagen de pabellones asilares a salas especializadas en psiquiatría permitió proyectar sobre la sociedad no solo una imagen de eficiencia sino, también, una nueva estampa de institución “para atender” que ha incorporado todos los elementos del hospitalo-centrismo. Los protocolos clínicos hegemónicos en estas instituciones, calcados a los habitualmente empleados en medicina somática –como el uso generalizado del DSM y el CIE o la recuperación de determinadas tecnologías terapéuticas como la ECT (electroshock)– benefician una puesta en escena propia del teatro quirúrgico.

⁴⁰ María José Conti realizó un exhaustivo estado de la cuestión en relación a la influencia de los *nursing studies* y de la antropología médica en la formación de los profesionales de enfermería (Conti, 2009).

Hasta la Ley de Sanidad de 1986 (Comelles, 2010), las instituciones psiquiátricas dependían de las Diputaciones provinciales en virtud de lo dispuesto, en su momento, en las obsoletas leyes de la beneficencia liberal (Comelles, 1988). Vistos los límites de las reformas realizadas en los antiguos manicomios (González de Chávez, 1980), los objetivos de la nueva reforma pasaron por el vaciado de tales instituciones y la apertura de departamentos en hospitales especializados (Comelles *et al.*, 1980). Sin embargo, el conflicto surgió en la manera de aplicar dicha reforma. Por un lado, los defensores de una psiquiatría más hospitalo-céntrica y, del otro, los partidarios de unas estructuras asistenciales descentralizadas en la comunidad (Comelles y Alegre-Agís, 2016). En aquellos momentos, el segundo enfoque era más complicado de aplicar que el primero, a saber, por la disociación existente entre el sector salud, dependiente aún del Gobierno central, y los servicios sociales, que tenían distribuidas sus competencias entre la Generalitat, las diputaciones y los ayuntamientos (Pelegrí, 2011), y cuya coordinación real no se pudo conseguir hasta finales del siglo XX e incluso principios del XXI. La ley consagró ambas opciones, si bien con el paso del tiempo se terminó imponiendo la idea de una atención dentro de la comunidad que priorizara la inserción social del enfermo y la preservación de su estructura familiar (Alegre-Agís y Comelles, 2016). Así pues, la totalidad del dispositivo de atención a la salud mental opera, actualmente, en tres niveles complementarios: el hospital especializado, en la cúpula del sistema que implica también investigación y formación, los centros de atención intermedios⁴¹ y la atención y cuidado a cargo de las familias (Alegre-Agís, 2016a).

Si bien la atención a la salud mental puede pensarse como un modelo alejado del de urgencias y del de paliativos, su punto de unión converge justamente en las formas de hospitalo-centrismo que rigen las percepciones de los usuarios en relación al funcionamiento del sistema. Por un lado, hay que recordar que el acceso al dispositivo de salud mental se articula, principalmente, vía las “urgencias” de los hospitales especializados o de las salas de psiquiatría de los hospitales generales (Brigidi, 2009). La práctica más frecuente, al menos en los primeros brotes, consiste en dirigirse a las urgencias de un hospital general. Una vez dentro del circuito asistencial, las recaídas pueden gestionarse, ocasionalmente, en el hospital general pero más frecuentemente en las urgencias de los hospitales especializados. Todo ello depende de la distancia entre el domicilio del paciente y el recurso asistencial más próximo, aunque también de si se tratan de ingresos voluntarios o no. Cuando el sistema judicial y policial interviene en el ingreso involuntario se pone de relieve la responsabilidad legal del psiquiatra, su monopolio en el diagnóstico de los trastornos mentales graves y su hegemonía profesional respecto de otros profesionales de la salud física y mental.

A pesar del hospitalo-centrismo existente en las respuestas asistenciales a las crisis agudas mediante el intervencionismo farmacológico u otras técnicas como el ECT, la tendencia de la psiquiatría para resolver los intervalos entre crisis se aproxima mucho más a un modelo de atención paliativa a la sintomatología. Ello es fruto de la consideración, por parte de la comunidad psiquiátrica,

⁴¹ Los más conocidos, en Cataluña, son denominados Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ).

de los trastornos mentales graves como crónicos con episodios de reagudización, hecho que refuerza la creencia, por parte de pacientes y familiares, de la incurabilidad de dichos trastornos. Aplicando esta lógica a la terapéutica, el tratamiento solo paliaría la sintomatología, pero no curaría la enfermedad. Ambas representaciones convergen sobre el modelo de atención a la salud mental creando realidades ambivalentes que se superponen y se complementan.

Dentro de este modelo se entrecruzan tres situaciones: en primer lugar, el uso del hospital continúa siendo hegemónico en las decisiones a tomar durante las crisis producidas en los intervalos de estancia en casa o en los apartamentos bajo tutela, ya que los servicios de urgencias hospitalarios continúan siendo el referente donde acudir. En segundo lugar, la demanda de atención y la terapéutica de la vida cotidiana giran constantemente entre los tres niveles que conforman la globalidad del dispositivo, dando lugar al fenómeno conocido como el *revolving door* entre el hospital y la necesidad de refugio. Y, finalmente, la “hospitalización psiquiátrica a domicilio” o la “organización de los cuidados a domicilio” (Megías del Rosal *et al.*, 2004), un modelo de cuidado dentro del ámbito familiar o tutelado, orientado a la rehabilitación y reinserción social del paciente en la comunidad. Sin embargo, esta última realidad acaba por insertar tanto a enfermos como a familiares en una perversa paradoja donde el hospital mental queda para periodos de crisis, el domicilio del paciente como lugar de reclusión para periodos en que está compensado y los pisos tutelados –en tanto que alternativas al hogar– como espacios que no dejan de ser tan “custodiales” como el hospital mental para periodos de crisis o el propio hogar para los de más tranquilidad.

Todo ello se agrava al tomar en consideración que, si en urgencias o en paliativos la tutela va en consonancia a la autonomía del paciente y en caso de no tenerla suele ser por periodos breves, en la enfermedad mental severa la responsabilidad de tutelaje del paciente puede durar décadas. En cuidados paliativos, además, la coordinación entre el PADES, los equipos de atención primaria y el hospital suele ser consistente y sólida, cosa que no sucede en el dispositivo de salud mental por la dispersión y falta de armonización de sus recursos.

Tras el alta del hospital mental, el paciente vuelve a la reclusión en el hogar, a la “hospitalización doméstica” (Alegre, 2017), a la atención ambulatoria por parte de los centros de atención intermedios y al resto de estructuras de rehabilitación y reinserción social. Sin embargo, el hospital especializado y sus psiquiatras siguen siendo referentes debido a su responsabilidad legal en la siempre espinosa cuestión de la tutela durante el internamiento. Esta posición hegemónica dificulta el seguimiento y la evolución de la vida diaria del paciente y de su red familiar cuando éste no está hospitalizado, salvo cuando el psiquiatra envía a una enfermera o trabajadora social al domicilio. Del mismo modo, la escasa coordinación con las asociaciones y redes de apoyo “no formal”, las cuales ofrecen rehabilitación, terapia ocupacional o psicoterapia como un tipo de “hospitalización parcial”, repercute en la baja efectividad de la rehabilitación social y en la limitada integración al mercado laboral lo que, definitivamente, suele dejar al individuo aislado.

El conjunto de estas circunstancias deja el paciente en una situación similar al internamiento en el hospital mental en casa. Su reclusión en el hogar se corresponde a una forma de

institucionalización no tan diferente del comportamiento observado en los antiguos asilos (Goffman, 1968). A saber, cronificación en un espacio cerrado y construido sobre “adaptaciones primarias” y “secundarias” que deja a un lado el mundo exterior, aunque esté abierto a él: “se queda en su habitación, acostado en la cama. Fuma y no le gusta salir. Si tenemos visitas, insisto en que salga de su habitación. Nunca lo hace. No se cambia de ropa, siempre usa la misma”.⁴² Por el contrario, el paciente ve en su habitación la creatividad: “la mesa, la cama o el suelo son una extensión de mí porque me permiten crear, producir, proyectarme a través del arte, a través de la música o a través de no hacer nada”,⁴³ un espacio dónde expresar su identidad (Alegre-Agís, 2016b).

Si comparamos las etnografías de los viejos asilos psiquiátricos (Stanton y Schwartz, 1954; Caudill, 1958; Warren y Weinberg, 1960; Goffman, 1968) con las condiciones de la vida doméstica actual de estos pacientes, podemos llegar a la conclusión de que se han convertido en una “institución doméstica total” (Alegre-Agís, 2017). En muchos casos, observamos como los pacientes y sus padres reproducen, en su vida común, una reclusión casi perpetua enmarcada por los rituales cotidianos: comer, dormir, ir a un taller, etc. Si en las instituciones asilares los guardianes organizaban el tiempo, en el hogar son los padres quienes lo controlan en un juego inconsciente de infantilización, vigilancia y control terapéutico. Aprueban o desaprueban las actividades del día a día: las horas de sueño y de comida, los hábitos alimentarios o el uso de los equipos tecnológicos y de los espacios; controlan los paseos, las actividades lúdicas o simplemente la realización de actividades banales. El miedo de las familias a la “dependencia” del paciente permite explicar la vida asilar y custodial a domicilio de éste y la confianza del grupo primario en el hospital como red de seguridad para responder a las situaciones de crisis. En última instancia, las presiones sobre los pacientes con respecto a su actitud –entre ser “bueno” o “malo”–, junto con el hecho de responder y aceptar el tratamiento, de experimentar su deseo de sanar y de recuperar la “normalidad” no son más que consecuencias fruto de la creencia de las familias y de los profesionales de que el “cambio de actitud” del paciente es determinante para su inserción social y el buen pronóstico de su enfermedad.

CONCLUSIONES

El “hospitalo-centrismo”, como representación cultural de un *ideal type* de eficacia médica, forma parte de una etapa del proceso de medicalización (Perdigüero-Gil y Ruiz-Berdún, 2017) que llevó a la conversión de los viejos hospitales-asilo de beneficencia (Huguet-Termes y Arrizabalaga, 2010) en referentes técnicos diagnósticos y terapéuticos en la actualidad. El hospitalo-centrismo no es una hipótesis sino una realidad contrastable reflejada ampliamente por su historiografía, así como por las aportaciones de las ciencias sociales –la antropología y la sociología médicas– y por los estudios culturales y de la ciencia.⁴⁴ El “hospitalo-centrismo” no es simplemente el producto de discursos técnicos más o menos universales, sino el producto de una dialéctica “local”. El término

⁴² Madre de 67 años. Vive con su marido y su hijo que sufre de esquizofrenia en Barcelona.

⁴³ Enfermo de esquizofrenia de 25 años que vive con otros enfermos en un piso tutelado en Barcelona.

⁴⁴ Sin embargo, inserto dentro de las distintas fases del proceso de medicalización al que ya hemos aludido.

“local” plantea siempre problemas, pero para nosotros “local” puede corresponder a una región, a una ciudad, a un Estado o a una isla del tamaño de Sicilia o de Groenlandia. Como rasgo cultural, el hospitalo-centrismo se desarrolla y alcanza su hegemonía a partir de distintas variables culturales, entre ellas y no la menor, por la evolución histórica del significado que las instituciones hospitalarias han tenido en contextos histórico-culturales concretos a escala fundamentalmente local, puesto que el hospital se ubica, física y arquitectónicamente, en una posición determinada del espacio público “local”. Entiéndase este no como un espacio “en la ciudad”, sino como una institución en un espacio que lo hace accesible desde cierta distancia. El debate sobre la comarcalización hospitalaria, sucedido en Catalunya durante la Transición democrática, deriva de la necesidad de situar el hospital a una distancia razonable, un máximo de hora y media de ambulancia u otra modalidad de transporte.⁴⁵

Si el proceso global de transformación de las funciones y los significados del hospital tiene diferentes cronologías a nivel mundial, regional y local –estas dos últimas categorías abiertas a la mirada etnográfica– (Comelles, 2000), la progresiva hegemonía del hospitalo-centrismo está regida por el mismo principio. La particularidad del caso catalán, que le otorga una condición diferencial respecto al proceso de medicalización desarrollado en el resto del territorio español, deriva de ser la consecuencia de una evolución secular del significado cultural del hospital, ya presente en el imaginario colectivo de la población catalana antes del estallido de la Guerra Civil española y que se caracterizó por un proceso de organización comarcal de la red de hospitales locales con el objeto de romper con los problemas que planteaba su aislamiento territorial (Comelles, 2013; Barceló y Comelles, 2014). Tras el paréntesis de la Guerra Civil, y desde los años cincuenta, los debates en la ya muy medicalizada sociedad catalana (Comelles et al., 2013) junto con el desarrollo de los estudios hospitalarios desde el grupo de la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* apostaron por un hospitalo-centrismo muy evidente, para ir más allá de la hegemonía –hasta entonces– basada en la atención profesional a domicilio, aunque ya se observaba una rapidísima medicalización de los partos y un desarrollo muy importante de la cirugía especializada, únicamente posible en el hospital.

Como se ha podido comprobar, durante los años setenta del siglo pasado el hospitalo-centrismo ya estaba enraizado muy profundamente en los complejos asistenciales de la sociedad catalana, especialmente por los nuevos modelos de urgencias, de unidades coronarias y de cuidados intensivos. El proceso de comarcalización derivado del Mapa Sanitario de 1980 (Departament de Sanitat i Assistència Social, 1980), no cuestionado al menos en lo que se refiere a los hospitales, reforzó dicho hospitalo-centrismo al acercar a la ciudadanía catalana recursos como las urgencias y las unidades de cuidados intensivos, dejando la atención de aún mayor especialización en los hospitales de referencia de mayor nivel y universitarios.⁴⁶ Aunque esta política sanitaria pretendió “desmitificar la hospitalización (...) e intentar toda la asistencia posible fuera del hospital”,⁴⁷ lo cierto es que el

⁴⁵ Podemos pensar también en el helicóptero, en la avioneta medicalizada o en los camarotes de emergencia de los catamaranes del servicio de transporte local en Noruega o en territorios insulares aislados. El caso de Canarias y Baleares, en España, lo pone de relieve.

⁴⁶ De la Cuadra, Juan Ramón (1977). “Entrevista con el Conseller de Sanitat de la Generalitat”. *Tribuna Médica*, 736: 6.

⁴⁷ De la Cuadra, Juan Ramón (1977). *Op. cit.*, p. 7.

hospitalo-centrismo, gracias a su íntima asociación con la concepción de un hospital técnico fiable y eficaz, terminó por penetrar fuertemente la folk-medicina catalana y se erigió, de forma definitiva, como la referencia que aún, actualmente, construye la representación hegemónica de la práctica médica.

La presencia del hospitalo-centrismo, como hecho cultural, no significa que el mismo se refiera únicamente a hospitales generales o especializados, sino que permea el conjunto de recursos asistenciales, especialmente aquellos que –cuando hablábamos del viejo hospital de pobres– asociábamos a la “noble función de asilo” de los mismos. Esto se ha traducido en formas alternativas de “hospitalización” que, tal y como se ha demostrado en este artículo, nunca han podido desligarse de la poderosa imagen hospitalo-céntrica. Una de estas alternativas, como son los actuales centros socio-sanitarios, deriva puramente de la revisión de la concepción asilar. Otras, como es el caso de los cuidados paliativos o el seguimiento de las enfermedades crónicas o de largo curso clínico –entre las que destacan las enfermedades de salud mental–, surgen de la redefinición de estrategias asistenciales que recuperan el valor del espacio doméstico, no solo como espacio de asilo sino, también, como espacio medicalizado. Tanto es así que las dimensiones de hospitalidad o de asilo, que antaño conformaron la piedra angular del hospital “benéfico”, incorporan –en su actual descentralización fuera de los muros hospitalarios– elementos de hospitalo-centrismo por la presencia domiciliaria de soporte profesional y de atención técnica; pero sobre todo por la asunción, de una gran parte de la ciudadanía, que son el recurso ineludible en caso de crisis o de problemas de salud graves.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “Ethnoscapes domésticos y rite de passage: Significación y cronicidad del diagnóstico de esquizofrenia”. *Revista de Antropología Social* 26(1) (2016a): 195-217.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “La experiencia sintomatológica: significación y resignificación del diagnóstico en tres casos de trastorno mental severo”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya* 16 (2016b): 59–79.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “Internados en casa: del manicomio a la institución doméstica total”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 37(131) (2017): 63-78.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa y COMELLES, Josep M. (2016). “La traducción de genealogías intelectuales: las paradojas actuales de los textos doctrinales de la desinstitucionalización en España”. Esteban, Silvia; Markez, Iñaki; Martínez, Óscar; Sánchez, M.Luisa; Urmeneta, Xabier (coords.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 205-218.
- ALONSO, Carmen y DE BUSTOS, Miguel (coords.) (2016). *Catálogo Nacional de Hospitales 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ALLUÉ, Marta. “La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal”. *Jano* (653-H) (1985): 57-68.
- ALLUÉ, Marta (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral.
- ALLUÉ, Marta (2013). *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ALLUÉ, Xavier (1998). *Abierto de 0 a 24 horas*. Zaragoza: Mira Ediciones.
- ALLUÉ, Xavier (2011). *Alla Baix. L’Hospital Joan XXIII de Tarragona (1967-2009)*. Tarragona: Silva Editorial.
- ALLUÉ, Xavier y COMELLES, Josep M. “Similarities and differences in pediatric emergency care between Spain and the USA”. *Pediatric Research* 43 (1998): 66–66.
- ARAGÓ, Ignasi (1967). *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona: Imprenta Altés.
- ARAGÓ, Ignasi; ARTIGAS, José; MUNTANER, José M.; SOLER-DURALL, Carles (1969). *Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares, 5ª región hospitalaria española*. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona.
- BARCELÓ, Josep. “El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona”. *Medicina & Historia* 1 (quinta época) (2015a): 4-19.
- BARCELÓ, Josep (2015b). “Heroísmos: etnografía del modelo de asistencia y práctica médicas en la Cataluña noucentista”. Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles Josep M. (eds.) *Medicina y Etnografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas: 227-262.
- BARCELÓ, Josep (2017). *Poder local, govern i assistència pública : l’Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Tarragona: Arola Editors.
- BARCELÓ, Josep y COMELLES, Josep M.. “La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna”. *Asclepio* 68(1) (2016): 127-143.

- BELTRÁN, Joaquín (2002). “El movimiento obrero en el Baix Llobregat entre 1970 y 1975”. *Brocar*, 26: 245-264.
- BERTRÁN, Felip (1936). *Els serveis de Sanitat i Assistència Social de Catalunya. Reports i impressions del meu pas per la Conselleria de la Generalitat encarregada d'aquests serveis*. Barcelona: Llibreria Verdager.
- BONFIELD, Christopher; REINARZ, Jonathan; HUGUET-TERMES, Teresa (eds.) (2013). *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang.
- BRAVO, Federico; DE MIGUEL, Jesús; POLO, Roberto; REVENTÓS, Jacint; RODRÍGUEZ, Josep A. (1979). *Sociología de los ambulatorios: análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social*. Barcelona: Ariel.
- BRIGIDI, Serena (2009). *Políticas públicas de salud mental y migración*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- BROGGI, Moisès (2001). *Memòries d'un cirurgià*. Barcelona: Edicions 62.
- CANDEL, Francisco (1976). *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Ariel.
- CASARES, Ramón; FUENTES, Manuel (2001). *Història de la Clínica Plató. 75è aniversari*. Barcelona: Clínica Plató.
- CAUDILL, William A. (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge: Commonwealth Fund by Harvard University Press.
- CODORNIU, Núria; BLEDA, Montserrat; ALBURQUERQUE, Eulàlia; GUANTER, Lourdes; ADELL, Josa; GARCÍA, Francisca; BARQUERO, Ana. “Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, Consensos y Retos”. *Índex de Enfermeria*: 20(1-2) (2011): 71-75.
- COMELLES, Josep M. “Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX”. *Ciència. Revista Catalana de Ciència i Tecnologia*, 2(22) (1983): 26-31.
- COMELLES, Josep M. (1988). *La razón y la sinrazón, asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*. Barcelona: PPU.
- COMELLES, Josep M. “Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state, The case of Catalonia”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 (1991): 193-215.
- COMELLES, Josep M. “La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”. *Revisiones en Salud Pública* 3 (1993): 169-192.
- COMELLES, Josep M. “De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques”. *Revista d'Etnologia de Catalunya* 11 (1997): 32-43.
- COMELLES, Josep M. “The role of local knowledge in medical practice, a trans-historical perspective”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24(1) (2000): 41-75.
- COMELLES, Josep M. “Medicine, magic and religion in a hospital ward. An anthropologist as patient”. *AM Revista della Società Italiana di Antropologia* 13-14 (2002): 259-288.
- COMELLES, Josep M. (2004). “Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo”. Martínez-Pérez, José (coord.) *La Medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha: 989-1018.

- COMELLES, Josep M. (2006). *Stultifera navis, la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Editorial Milenio.
- COMELLES, Josep M. “Forgotten paths: culture and ethnicity in Catalan mental health policies (1900-39)”. *History of Psychiatry* 21(4) (2010): 406–423.
- COMELLES, Josep M. (2013). “Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity”. Bonfield, Christopher; Reinartz, Jonathan; Huguet-Termes, Teresa (eds.) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang: 183–207.
- COMELLES, Josep M. (2015). “Preocupaciones y folkmedicina en la sociedad catalana durante el franquismo. El caso de “El consejo del Doctor” en la revista Destino”. Perdiguero-Gil, Enrique (ed.) *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche-Alicante: Editorial de la Universidad Miguel Hernández: [capítulo IX].
- COMELLES, Josep M. (2017). “De los errores del pasado a las preocupaciones del ahora. Clínica, etnografía y educación sanitaria”. COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) *Educación, promoción de la salud y comunicación*. Tarragona: Publicacions URV: 19-58.
- COMELLES, Josep M.; ABELLA, Delfí; LINARES, Juan L. (1980). “Assistència psiquiàtrica”. Abella, Delfí (ed.) *Psiquiatria fonamental*. Barcelona: Edicions 62: 507-532.
- COMELLES, Josep M.; DAURA, Angelina; ARNAU, Marina; MARTÍN, Eduardo (1991). *L’Hospital de Valls, assaig sobre l’estructura i les transformacions de les institucions d’assistència*. Valls: Institut d’Estudis Vallencs.
- COMELLES, Josep M.; ALEMANY, Silvia; FRANCÈS, Laura (2013). *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d’Aro*. Barcelona: Departament de Cultura, Generalitat de Catalunya.
- COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2015). “Begin the Beguine. Medicina y etnografía en Cataluña”. Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles Josep M. (eds.) *Medicina y Emografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas: 15-34.
- COMELLES, Josep M.; ALEGRE-AGÍS, Elisa (2016). “Del custodialismo y desinstitucionalización en la psiquiatría bajo el franquismo (1937-1977)”. Esteban, Silvia; Markez, Iñaki; Martínez, Óscar; Sánchez, M. Luisa; Urmeneta, Xabier (coords.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 219-236.
- COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2016). “Las resistencias al Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1967): la perspectiva de profesionales, trabajadores y ciudadanos”. En: *IX Encuentro de Investigadores del Franquismo, Granada, 10 y 11 de Marzo*. Granada: Universidad de Granada.
- COMELLES, Josep M.; BARCELÓ, Josep (2017). “La adaptación de los hospitales catalanes a la legislación benéfica del Estado liberal (1798-1914)”. Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d’Història de la Medicina de Catalunya, Museu d’Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 503-508.
- CONTI, M. José (2009). “Enfermería y antropología: la literatura internacional”. Comelles, Josep M.; Martorell, M. Antònia, Bernal, Mariola (eds.) *Enfermería y Antropología. Padeceres,*

- cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria: 219-234.
- EESRI SERVEI D'INFORMACIÓ (2016). *Estadística dels centres hospitalaris de Catalunya, 2014. Resum de resultats*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- EGBE, Manfred; ALEGRE-AGIS, Elisa; COMELLES, Josep M. (2017). “El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk”. Juárez, Lorenzo M.; Medina F. Xavier; López, Julián (eds.) *Comida y Mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya: 247-283.
- FAJARDO, Angélica (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. [Tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada.
- FLEXNER, Abraham (1972). *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation.
- FORTIN, Sylvie y KNOTOVA, Michaela. “Présentation: îles, continents et hétérotopies. Les multiples trajectoires de l’ethnographie hospitalière”. *Anthropologie et Sociétés* 37(3) (2013): 9-24.
- FOURQUET, François; MURARD, Lion; LAMARCHE-VADEL, Gaëtane; PRÉLI, Georges (eds.) (1975). *Histoire de la Psychiatrie de Secteur, ou le secteur impossible*. París: Recherches.
- FREIDSON, Eliot (1963). *The hospital in modern society*. New York: Free Press of Glencoe.
- GALAM, Eric (1996). *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l’humain*. París: Editions Autrement.
- GARCÍA LÓPEZ, Sonia. “El franquismo, la transición y la mirada documental sobre la salud mental”. *Kamchatka*, 4 (2014): 189-207.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1980a). *Estudis i dictàmens sobre sanitat*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1980b). *La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1985). *Planificació sanitària pública a Catalunya. Pla de reordenació hospitalària*. Volum 4. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2010). *Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d’intervenció en l’atenció al final de la vida*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2012). *Model d’atenció a les urgències. Respostes adequades a les demandes d’atenció immediata*. Barcelona: Departament de Salut.
- GOFFMAN, Erving (1968). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Doubleday.
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier; FONTANALS, M. Dulce; ROCA, Jordi; BORRÀS, Josep M; VILADIU, Pau; STJERNSWÄRD, Jan. “Catalonia who Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995”. *Pain Symptom Manage*, 12 (1996): 73-78.
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier; BLAY, Carles; ROCA, Jordi; FONTANALS, M. Dulce. “Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI”. *Medicina*

- Paliativa* 19(3) (2012): 85-86.
- GONZÁLEZ DE CHAVES, Manuel (ed.) (1980). *La Transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría.
- HARO, Jesús A. (2000). "Cuidados profanos, una dimensión ambigua en la atención de la salud". Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona; Bellaterra: 101-161.
- HELMAN, Cecil (2003). "Natural History. changing folk perceptions of health and disease". Arnold, Ken y Boon, Tim (eds.) *Treat yourself. Health consumers in medical age. Exhibition catalogue Science Museum*. Londres: Science Museum: 9-12.
- HELMAN, Cecil (2004). *Suburban Shaman. A Journey through medicine*. Cape Town: Double Storey books.
- HENDERSON, John; HORDEN, Peregrine; PASTORE, Alessandro (eds.) (2007). *The impact of Hospitals 300-2000*. Berna, Peter Lang.
- HERVÀS, Carles (2004). *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organitzacions sanitàries : l'impacte del conflicte bel·lic*. [Tesis doctoral] Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- HERZLICH, Claudine y PIERRET, Janine (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París: Payot.
- HUGUET-TERMES, Teresa y ARRIZABALAGA, Jon. "Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400-1700". *Bulletin of Spanish Studies* 87(8) (2010): 81-104.
- HUGUET-TERMES, Teresa; VERDÉS, Pere; ARRIZABALAGA, Jon; SÁNCHEZ, Manuel (eds.) (2014). *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida: Editorial Milenio.
- INFANTE, Alberto (coord.) (1975). *Cambio social y crisis sanitaria (bases para una alternativa)*. Madrid: Editorial Ayuso.
- LEÓN, Pilar y Sarrasqueta, Pilar (2017). "Caracterización de los tipos de Hospitales a través del análisis de la revista de Estudios sobre hospitales y beneficencia". Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 137-142)
- LLAMERO, Lluïsa (2017). "Del paternalismo a la apomediación: la nueva relación entre médicos y pacientes bajo el condicionante de internet". COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV-MARC: 263-282.
- MAHTANI, Vinita y GONZÁLEZ-CASTRO, Inmaculada (2006). *Evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MARTÍNEZ-CALLÉN, Ramón (2002). *Entrevista a Ignasi Aragó (Memòria de la professió)*, Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- MARTORELL, Maria Antònia (2015). *Recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de familiares cuidadores de personas con Alzheimer*. Madrid: Ciclo Grupo 5.

- MEGÍAS DEL ROSAL, Fernando; AGUILAR, Eduardo J.; SILVESTRE, Francisca (2004). *Hospitalización domiciliaria. Salud mental*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva*, 1(1): 9–32.
- MIGUEL, Jesús de (1976). *La reforma sanitaria en España (el capital humano en el sector sanitario)*. Madrid: Editorial Cambio16.
- MIGUEL, Jesús de (1979). *La sociedad enferma. Las bases sociales de la política sanitaria española*. Madrid: Akal.
- MILLER, Timothy S. (1985). *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore: JHU Press.
- NADAL, Juli de (2016). *La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública*. Barcelona: Libros La Lluvia.
- NUTTON, Vivian (1982). “Continuity or rediscovery: the city physician in Classical Antiquity and in the Middle Ages”. Russell, Andrew W. (ed.) *The town and State physician in Europe, from the Middle Ages to Enlightenment*. Wolfenbütteler Forschungen: Herzog August Bibliothek: 10–46.
- PALLARÉS, Àngela (2003). *El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- PELEGRÍ, Xavier (ed.) (2011). *El servei social a Catalunya. Aportacions per al seu estudi*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida i Universitat Rovira i Virgili.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2014). “The fight against superstition as health education Folkmedicine in Spain (1885-1985)”. En: *X European Social Science History Conference, 23-26 abril*. Viena: Universität Wien.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel; COMELLES, Josep M. “Medical Anthropology in Spain: A historical perspective”. *Jahrbuch für Europäische Ethnologie* 9 (2014): 216–249.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.) (2015). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2016). “The weakness of health education in the Francoist system”. En: *XI European Social Science History Conference, 30 marzo-2 abril*. Valencia: Universitat de València.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y RUIZ-BERDÚN, M. Dolores (2017). “La medicalización: ¿un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud”. Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d’Història de la Medicina de Catalunya, Museu d’Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 247-252.
- PIELTAÍN, Alberto (2003). *Los hospitales de Franco. Las versión autóctona de una arquitectura moderna*. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Politécnica de Madrid.

- PONS, Jerònia y VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2014). *El seguro de salud privado y público en España: Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- PONS, Jerònia; VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2016). “El sistema hospitalario catalán: el predominio de lo privado sobre lo público (1942-1986)”. En: *XIV Trobada de la Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica, 27-28 Octubre*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- PONS, Jerònia; VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2017). “The genesis, growth and organizational changes of private health insurance companies in Spain (1915-2015)”. *Business History*: 1-22.
- QUIÑONES, Antonia; ÁLVAREZ, Pablo; GARCÍA-SÁNCHEZ, María José; GUARDIA, Plácido. “Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias”. *Medicina paliativa* 20(2) (2013): 60-63.
- REVENTÓS, Jacint (2002). *Història dels hospitals de Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- REVENTÓS, Jacint; GARCÍA, Anna; PIQUÉ, Carme (1990). *Història de la medicina Catalana sota el franquisme i les seves conseqüències*. Barcelona: Hacer.
- RICCÒ, Isabella (2017). *En busca de un “nuevo mundo mágico”. De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- RIUS, Ramón (2004). *Conversaciones con Josep Espriu*. Barcelona: Angle Editorial.
- RISSE, Guenter B. (1999). *Mending bodies, saving souls : a history of hospitals*. Oxford: University Press.
- RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban (1990). “La asistencia medica colectiva en España hasta 1936”. Álvarez-Junco, José (coord.) *Historia de la acción social pública en España: beneficencia y previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: 321-360.
- ROSEN, George (1963). “The Hospital: historical sociology of a community institution”. Freidson, Eliot (ed.) *The hospital in Modern Society*. New York y London: The Free Press: 1-36.
- SERRADELL, Carme (2008). *De qui són aquests nens? El prematur extrem, tecnologia i societat*. [Tesis doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- SIGERIST, Henry E. (1984). “De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social”. Lesky Erna (ed.) *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 187-209.
- SOLÉ-SABARÍS, Felipe (1971). *Problemas de la Seguridad Social española*. Barcelona: Pulso Editorial.
- SOLER-DURALL, Carles. “Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de los médicos”. *Educación Médica* 13(2) (2010): 71-75.
- STANTON, Alfred H. y SCHWARTZ, Morris S. (1954). *The mental hospital: a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic Books Inc.
- STARR, Paul (1982). *The social transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

- STEUDLER, François. "L'hôpital, la profession médicale et la politique hospitalière". *Revue Française de Sociologie* XIV (1973): 13-40.
- STEUDLER, François (1974). *L'hôpital en observation*. París: Armand Colin.
- SWARTZ, Marc J. (1968). *Local-level Politics: Social and Cultural Perspectives*. New York: Aldine Press.
- TERRÓN, Aída; COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique. "Schools and Health Education in Spain during the Dictatorship of General Franco (1939-1975) Manuscript". *History of Education review* 46(2) (2017): 22-31.
- TORNER, Elvira; GUARCA, Àlex; TORRAS, María Glòria; POZUELO, Antonio; PASARÍN, Maribel; BORRELL, Carme. "Análisis de la demanda en los servicios de urgencia de Barcelona". *Atención Primaria* 32(7) (2003): 423-429.
- VALDERRAMA, María José (2008). *Al final de la vida... Historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos*. Barcelona: Icaria.
- VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita y PONS, Jerònia (2011). "El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942)". En: *X Congreso Internacional de la AEHE 8, 9 y 10 de Septiembre 2011*. Carmona: Universidad Pablo de Olavide: 1-31.
- VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita y PONS, Jerònia. "La construcción de la red de hospitales y ambulatorios públicos en España 1880-1960". *Asociación española de historia económica*. DT-AEHE 1609 (2016): 1-47.
- WARREN, Henry y KIRSON, Samuel (1960). *The Culture of the State Mental Hospital*. Detroit: Wayne State UP.
- ZARZOSO, Alfons (2017). "Privatización de la medicina y profesionalización de la gestión hospitalaria en Barcelona, 1888-1980". Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 509-514.

ESCENARIOS Y NUEVAS FORMAS DE VIDA EN LOS ESPACIOS BIOMÉDICOS

Scenarios and new forms of life in biomedical areas

MARIANA-IOANA GAVRIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA margavris@gmail.com

Estudiante de Doctorado en el Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de (Barcelona); Master en Investigación e Intervención Psicosocial, Universidad Autónoma de (Barcelona); Postgrado de Gestión y Consultoría en Sistemas y Tecnologías de la Información, Universidad Oberta de Cataluña (España); Licenciada en Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad Babes Bolyai (Cluj-Napoca, Rumania). Miembro del Grupo de Estudios en Ciencia y Tecnología de Barcelona (STS-b).

FRANCISCO JAVIER TIRADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA FranciscoJavier.Tirado@uab.cat

Doctor en Psicología Social. Profesor Titular del Departamento de Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona (Barcelona, España). Coordinador y miembro fundador del Grupo de Estudios en Ciencia y Tecnología de Barcelona (STS-b).

RECIBIDO: 25 DE JULIO DE 2017

RESUMEN: El artículo analiza cómo la aparición del ejercicio de *scenario-planning* y su generalización en el mundo de la salud transforma los espacios biomédicos. En ese cambio aparecen nuevos actores, otras maneras de producir conocimiento y una definición de “lo vivo” centrada en el futuro y en una escala global. Partiendo de un bagaje centrado en los estudios de ciencia y tecnología (STS), y más concretamente en la teoría del actor-red, se presenta un análisis de caso que estudia la transformación de los modelos de salud pública (y sus respectivas escalas a nivel global) después del periodo post-“pandémico” de 2009 de gripe porcina. Examinando los múltiples escenarios que se crearon en ese momento, se analiza el despliegue de múltiples sistemas de vigilancia, que forzaron movimientos para la articulación de nuevos actores; la conformación de posibles futuros, el establecimiento de escalas globales y, en última instancia, una nueva conceptualización de lo vivo como valor para asegurar y proteger.

PALABRAS CLAVE: Scenario-planning, biopolítica, actores, salud global, STS

ACEPTADO: 15 DE OCTUBRE DE 2017

ABSTRACT: The article analyzes how the emergence of *scenario-planning* and its generalization in the health management area, transforms the biomedical arena. In this shift are performing new actors, the knowledge is produced *by other means* and appears a definition of “life” focused on the future and on a global scale. Seen from Science and Technology Studies (STS) perspective, and more concretely on Actor-Network Theory (ANT), we presented a case study that examines the transformation of public health models (and their respective scales at the global level) after the 2009 post-“pandemic” period of swine flu. Examining the multiple scenarios that were created at that time, we analyze the deployment of multiple surveillance systems, which provoked movements towards the articulation of new actors; the conformation of possible futures, the establishment of global scales and, ultimately, a new conceptualization of “life” as a value to be ensured and protected.

KEYWORDS: Scenario-planning, biopolitics, actors, global health, STS.

1. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de crisis sanitarias globales, enmarcadas en criterios epidemiológicos como “pandemias”, se conceptualizan en un plano socio-histórico como momentos de fuertes rupturas (Sanford, 2013; Sanford *et al.* 2016; Seetoh *et al.* 2016; Dickmann *et al.* 2016, Tirado & Cañada, 2011) en los diseños de modelos de gestión y conceptualización de las tensiones entre salud y seguridad (Rose, 2007; Foucault, 2007, 2008; Dillon & Lobo-Guerrero, 2008).

Atendiendo a esta premisa, en este texto identificamos genealógicamente y analizamos las raíces de un planteamiento biomédico de intervención tan importante en la actualidad como es el denominado *scenario-planning*. Este surgió a principios del siglo XX, en un contexto donde diversos organismos transnacionales insistieron en la necesidad de diseñar modelos eficaces de prevención frente a la posible emergencia de un evento pandémico desconocido, inesperado y hasta cierto punto impensable en el presente (Fidler & Gostin, 2006; NIAC, 2007). La mencionada insistencia se convertiría finalmente en informes oficiales ampliamente consensuados y estos en el núcleo de las actuales reglamentaciones y protocolos que utilizan los sistemas de vigilancia y alerta temprana ante riesgos de enfermedades infecciosas (por ej. World Health Organization, 1999, 2000, 2003, 2005a, 2005b, 2009a, 2009b).

Nuestro trabajo analiza especialmente las transformaciones que se producen en los espacios biomédicos derivados de la implementación transversal del *scenario-planning*. Este ha sido propuesto como un modelo eficaz y novedoso de gestión que pretende revolucionar nuestra concepción de la prevención e intervención en el ámbito de la salud. El modelo se hizo especialmente visible, después del brote “pandémico” de 2009 de gripe porcina, que representó el punto álgido en la implementación de propuestas transnacionales ante amenazas que se consideraron verdaderas alertas globales (Sanford *et al.* 2016). A partir de ese momento se observa, por ejemplo, la aparición pública de los primeros modelos e-epidemiológicos de vigilancia de brotes de enfermedades infecciosas, un buen ejemplo es *Google Flu* como proyecto piloto desarrollado entre la OMS (*World Health Organization* u Organización Mundial de la Salud) y Google.

La pandemia de 2009 fue un punto de ruptura, que marcó la llegada de una nueva generación de sistemas de vigilancia en salud cuya principal característica es su escala global. En ellas se observa una mutación hacia la composición de sistemas transnacionales de seguridad, que pretenden dar respuesta a problemáticas que surgieron durante el mencionado evento y la intervención sobre el mismo. En ese sentido, se revisaron leyes transnacionales como la *International Health Regulation* de 2005 de la OMS y elementos técnicos (como desarreglos en digitalización de contenidos, uso de diferentes campos semánticos) en el tratamiento de un mismo brote infeccioso; simplificación de los modelos de información hacia la población (como infografía o mapas interactivos) que buscaban “gamificar” (ludificación de técnicas o estrategias para el desarrollo de habilidades prácticas para la resolución y fomento de la proactividad) de esta manera fomentar la interacción con contenidos que anteriormente no parecían interesantes y eran excesivamente técnicos, etc.

El análisis que ofrecemos se encuadra en la perspectiva de los denominados estudios de ciencia y tecnología (STS) y, más concretamente, en la caja de herramientas que supone la teoría del actor-red. Nuestro punto de partida asume que después del evento epidemiológico que hemos comentado anteriormente, este se convirtió en todo un fenómeno socio-técnico (Latour, 2005; Bijker & Law, 1992) multidimensional, que se constituyó a través de la reconstrucción posterior de los límites y significados que sus actores habían manejado, articulando nuevas formas de vivir y pensar lo cotidiano (Tirado & Cañada, 2011). Fue el momento en que frente a la incertidumbre que supone todo brote de un vector infeccioso se pudo visualizar la articulación y aparición de nuevos actores que propiciaron otras maneras de producir conocimiento e introdujeron una definición de lo vivo centrada en el futuro y con una escala de acción diferente a lo visto hasta el momento.

El texto, en primer lugar, sitúa la posición de los estudios STS en relación con los sistemas de vigilancia sanitaria, delineando el marco conceptual del uso de los *scenario-planning* en la demarcación de los nuevos espacios biomédicos. En segundo, se presenta nuestro estudio de caso. En él, se examinan múltiples escenarios donde se analiza el despliegue de diversos sistemas de alerta temprana a partir de tres ejes: a.) expansión de los límites y creación de espacios que permiten movimientos para la articulación de nuevos actores; b.) uso de trazas “digitales” para la conformación de posibles futuros que se usan como modelo para escalas globales y, c.) integración de la denominada “preparedness” en las prácticas y estructuras diarias, generando, de este modo, una nueva conceptualización de lo vivo como valor que hay que asegurar y proteger a toda costa. Por último, mostramos las implicaciones de los usos de las tecnologías que denominaremos de “inseguridad” como articulaciones tecnocráticas que, entre otras cosas, suponen la aparición de nuevos planteamientos sobre la vida desde los espacios biomédicos.

2. DESTELLOS BIOPOLÍTICOS EN LOS ESPACIOS BIOMÉDICOS

Saramago (1995), en su *Ensayo sobre la ceguera*, fabuló con la aparición de una pandemia de ceguera blanca. A partir de ella, nos propuso asomarnos a los límites que surgen en las conciencias cuando aparecen nuevas formas de vida; donde “*creo que no nos quedamos ciegos, creo que estamos ciegos, ciegos que ven, ciegos que, viendo, no ven*” (Saramago, 1995). Los modelos de gestión sanitaria como el “*scenario-planning*” (escenarios) hacen algo muy similar: remarcan la importancia de señalar puntos en las líneas temporales (Ogilvy, 2002), que pueden convertirse en guías imprescindibles para los grupos humanos e imaginan “memorias del futuro” (Fassin, 2009) sobre posibles alternativas de gestión de las enfermedades y las formas de vidas (Lakoff, 2007; Gosselin & Tindeman, 2016; Lentzos & Rose, 2009; Gavris *et al.* 2016). Algunos años más tarde, Saramago vuelve al tema de las pandemias blancas en su *Ensayo sobre la lucidez* (2009). Aquí, curiosamente, la “blancura” de estas aparece como el reflejo de los modelos biopolíticos formulados por Michel Foucault. Así, la salud pasa de ser un derecho (Caduff, 2008), a convertirse en el producto de un sistema permanente de vigilancia que absorbe en su acción todos los espacios privados (Lentzos &

Rose, 2009; Anderson, 2000), convirtiéndose en un centinela global porque cualquiera es un posible infectado (por ej. “inteligencia epidemiológica”; Lakoff, 2015; Brownstein *et al.* 2008).

Como han señalado diversos autores (Foucault, 2007, 2008; Rose, 2007; Dillon & Lobo-Guerrero, 2008; Lakoff, 2015; Caduff, 2008; Petryna, 2002; Esposito, 2008), las grandes intervenciones biopolíticas en las que se gestionaban dimensiones vitales (enfermedad, nacimientos, decesos, sexualidad, etc.) en enormes poblaciones o han dejado de existir o se han vuelto ejemplos anecdóticos. No obstante, el modelo persiste porque ha permeado pequeñas prácticas de nuestra vida cotidiana. Y estas hacen referencia en buena medida a los aspectos sanitarios que manejamos en nuestro día a día. Uno de los puntos de entrada de ese modelo en nuestra cotidianidad es nuestra preocupación por los vectores infecciosos de todo tipo.

En ese sentido, en la última década se aprecia un cambio profundo en los planteamientos sobre los espacios de referencia para la producción de conocimientos biomédicos (Leonelli, 2013; Leonelli & Ankeny, 2015; Heymann & Rodier, 2001; Gavris *et al.* 2016; Jamison *et al.* 2013), y respectivamente la aparición de nuevos espacios de articulación de agentes biométricos: humanos y no-humanos, tecnológicos y técnicos (Dickman *et al.* 2016), donde aparece la hibridación intensa de cuerpos con sensores (Barrett *et al.* 2013); y el interés *in crescendo* sobre el (auto)control de los datos biométricos generados (Swan, 2012, 2013; Lupton, 2016).

Dentro de las nuevas herramientas propuestas para desplegar una vigilancia con una escala global se observan distintos formatos de sistemas y herramientas (Cho, 2008; Brownstein *et al.* 2008; Fidler & Gostin, 2006; CDC, 2005, 2007) para reducir la sensación de descontrol y crear espacios desde donde imaginar posibles soluciones a contextos complejos (Sanford *et al.* 2016; Jamison *et al.* 2013). Vistos más allá de la euforia tecnocrática (innovación *per se*), estas herramientas plantean una visibilización impresionante en los espacios privados (Thomas, 2014; Lentzos & Rose, 2009), anulando el espacio personal en las “tecnologías del sí” (Foucault, 2008, 2009) ejercitadas sobre los actores bajo la percepción de libertad y de autogestión.

Estas tecnologías se han concretado en multitud de *apps* que utilizan nuestros teléfonos, programas que encontramos en nuestras computadoras, información e imágenes a tiempo real que habitan en la red y en un imaginario que da cuerpo a las viejas metáforas de la ciencia ficción que hablaban de una hibridación entre carne y metal orientada a la optimización de las potencias de cualquier entidad viva. Además, en un plano más social se observa como todo esto se traduce en movimientos como el de las personas que se definen como “*Quantified Self*” (Swan, 2013; Lupton 2016). Estos individuos reivindican su derecho a monitorizar permanentemente todas sus constantes vitales y a realizar auto-experimentos médicos sobre su cuerpo.

En esta matriz se puede observar la ampliación del modelo biopolítico foucaultiano. Nosotros, sin embargo, sostenemos que la gran transformación sobre la gestión política de la vida se produce con la implementación masiva del uso de los *scenario-planning*.

3. NOTA METODOLÓGICA

Los datos que se utilizan en este trabajo forman parte de una investigación sobre epidemias y biopolítica desarrollada desde el año 2013, por el *Barcelona Science and Technology Studies Group* (STS-b) de la Universidad Autónoma de Barcelona. En la primera fase del estudio, se realizó un análisis sobre los modelos epidemiológicos y las nuevas tendencias de gestión de datos en salud global. Durante esta investigación se profundizó sobre diferentes aspectos en relación con la bioseguridad y nuevas propuestas biopolíticas emergente en la gestión de las emergencias biomédicas. En los estudios de caso que se han desarrollado durante la investigación se asume la premisa de realizar las observaciones alrededor de una pregunta de investigación, utilizando distintos tipos de fuentes de datos y de herramientas que se consideraron adecuadas para recopilar información.

Para este artículo se han utilizados los siguientes datos empíricos: a.) materiales documentales y propuestas de escenarios de varias instituciones (OCDE, CDC, OMS, etc.); b.) 15 grupos focales heterogéneos (expertos en gestión de datos, investigadores sociales, veterinarios, estudiantes universitarios, periodistas, grupos de activistas feministas, etc.); y c.) análisis de fuentes digitales, observando imágenes y fotografías relacionadas con epidemias de diversas fuentes (periódicos, CDC, ECDC, Cruz Roja, OMS, hospitales, laboratorios, redes sociales, etc.)

4. ESCENARIOS Y NUEVAS FORMAS DE VIDA

Los “escenarios” son expresiones vívidas e ingeniosas, que ilustran alternativas frente posibles situaciones de riesgo, definiendo narrativas que se centran en la intención de análisis usando datos cuantitativos y cualitativos para buscar soluciones a distintos dilemas que pueden surgir frente situaciones de incertidumbre (Lindgren & Bandhold, 2003).

El uso de los modelos de *scenario-planning* se origina en el ámbito militar (Khan y Wiener, 1967) y se convierte en propuesta popular al plantearse como solución innovadora para facilitar espacios de encuentro y debates sobre la energía nuclear (Kahn, 1985). Las variantes contemporáneas de los escenarios, surgen en los años '70 con los “estudios del futuro” (o *future studies*), utilizando fuentes cuantitativas (por ej. modelos de simulación matemáticos) (Forrester, 1971; Meadows *et al.* 1972). Desde los años '80 hasta principios de los '90 se generaliza su utilización en varios ámbitos relacionados con procesos de gestión (o *management*). A partir de la mitad de los años 90 empezó a plantearse como una herramienta para esbozar procesos de desarrollo sostenible a nivel global; entre los cuales destaca la variedad de posicionamientos teóricos como propuesta de narrativas para “futuros alternativos” (Burrows *et al.* 1991; Milbrath, 1989), “futuros sorprendentes” (Toth *et al.* 1989) o análisis pesimistas (Kaplan, 1994).

Para el análisis desarrollado en este artículo hemos prestado especial atención a las siguientes dos definiciones del concepto, como ejemplos para referirnos a los escenarios y los cambios derivados de sus usos al replantear las formas de lectura de los espacios y los conocimientos biomédicos:

Una herramienta [para] **ordenar las percepciones** de uno sobre los **ambientes** futuros alternativos en los que la decisión de uno puede ser interpretada directamente (Schwartz 1991).¹

Un método disciplinado para **imaginar** posibles futuros en los que las decisiones organizativas pueden ser jugadas (Shoemaker 1995).²

Prestemos un momento de atención a los siguientes ejemplos de escenarios; que aparecen en el set de escenarios “*Hopes and fears for the Future of Health Scenario for Health and Care in 2022*”, desarrollados en 2002 por WHO Europe (WHO Europe, 2002). El primero hace referencia a la visión sobre posibles demarcaciones de los “pacientes” en el 2022 (WHO Europe, 2002: 4, propuesta 4):

Los pacientes **ya no son receptores pasivos** de la atención, sino que son consumidores informados y exigentes [...] En los 20 años siguientes, las **asociaciones** de pacientes y consumidores han aumentado en todos los países europeos, lo que ha sido una manifestación del movimiento hacia la **ciudadanía activa que ha invertido la apatía experimentada** por las instituciones democráticas locales.³

El segundo se centra en el impacto del uso de avances tecnológicos y las huellas que estos enmarcan en la transformación del mismo planteamiento de los espacios biométricos (WHO Europe 2002: 4, propuesta 5):

El **ritmo de avance de los dispositivos médicos se ha acelerado** en los últimos 20 años. La adopción de los avances médicos en Europa depende de dos factores: el ritmo con que los médicos pueden aprender y aplicar nuevas habilidades, y la **velocidad** a la que los sistemas de salud pueden permitirse estos desarrollos. La primera forma en que los sistemas de salud de 2022 reducen los costos es mediante el cambio de más diagnóstico, tratamiento y atención al sector de atención primaria y cuidado en el hogar. Los desarrollos más significativos son, por tanto, los que **permiten atender a los pacientes en casa** [...] Una opinión especializada puede obtenerse mediante un **sistema de conocimiento** o enlace de video con un especialista, soportado por sensores y sistemas de imagen. La práctica médica está respaldada por sistemas basados en el conocimiento que utilizan Internet para dar acceso a las últimas soluciones y resultados de las mejores prácticas. Los sistemas basados en el conocimiento también apoyan el autocuidado y el cuidado de enfermería. Para los países pobres, los sistemas especializados basados en el conocimiento proporcionan un **apoyo que es sensible a**

¹ Traducción de los autores: “A tool [for] ordering one’s perceptions about alternative future environments in which one’s decision might be played outright” (Peter Schwartz, 1991).

² Traducción de los autores: “A disciplined method for imaging possible futures in which organizational decisions may be played out” (Paul Shoemaker, 1995).

³ Traducción de los autores: “Patients are no longer passive recipients of care, they are informed and demanding consumers [...] Over the following 20 years Patient/Consumer Associations have increased in all European countries, this has been one manifestation of the move towards active citizenship that has reversed the apathy experienced by local democratic institutions”.

las necesidades, la cultura y los recursos locales, es un importante beneficio del conocimiento para los países pobres.⁴

Como se puede observar en estos fragmentos la llegada del *scenario-planning* supone: a.) la expansión de los límites y creación de espacios que permiten movimientos para la articulación de nuevos actores; b.) el uso de trazas “digitales” para la conformación de posibles futuros usándolo como modelo para escalas globales; y c.) la integración de la preparación en las prácticas y estructuras diarias, planteando una nueva conceptualización de lo vivo como valor para asegurar y proteger. A continuación valoraremos cada una de estas dimensiones.

4.1. ESCENARIOS: NUEVAS ARTICULACIONES DE ACTORES Y ESPACIOS

Los escenarios definen nuevos espacios: de trabajo, de pensamiento, de reflexión, de producción de conocimiento, experimentación y recogida de datos. Y suponen, también, una multitud de interrogantes: ¿Qué transmiten realmente? ¿Alguien los observa? ¿Alguien escucha activamente su producción de conocimientos y las articulaciones de agentes? ¿Qué límites geopolíticos aparecen reflejados a través de los escenarios? ¿Cómo se transfieren estos en producciones culturales? ¿Cómo se inducen valores sobre las vulnerabilidades sobre el no-acceso a sistemas de salud, a información y a datos (restricciones o inexistencia de conexión digital a los kits de fácil uso o “*easy-tools*”)? Sin embargo, los escenarios suponen ante todo la creación de nuevas articulaciones entre actores y espacios que se movían previamente en escalas diferentes. Así, en la última década como parte del despliegue de varios modelos de escenarios aparecen distintos formatos: infografías, plataformas digitales para información y registrar casos para un determinado uso (saltando las zonas de delimitación infecciosos humanos o no-humanos; como “*Healthmap*” o mapeo urbano de zonas con mosquitos tigre) que se conforman como parte de conjunto de producciones culturales, que les conciernen valor de significados en relación con la práctica médica y el discurso social diario. En esa dimensión por ejemplo aparecen multitud de producciones cinematográficas (Schneider, 2016)

El siguiente fragmento extraído de un escenario propuesto por la Comisión de Lancet (presentado en el aniversario de 20 años desde el Informe Mundial de Desarrollo de 1993) denominado “*Global health 2035: a world converging within a generation*” es muy ilustrador de lo afirmado (Jamison *et al.* 2013).

⁴ Traducción de los autores: “The pace of advance of medical devices has accelerated over the past 20 years. The take up of medical advances in Europe is dependent on two factors: the pace at which medical practitioners can learn and apply new skills, and the rate at which health systems can afford these developments. The first way in which health systems of 2022 reduce costs is by shifting more diagnosis, treatment and care to the primary care sector and home care. The most significant developments are therefore those that make it possible to care for patients at home [...] A specialist opinion can be obtained by a knowledge based system or video link with a specialist, supported by sensors and imaging systems. Medical practice is supported by knowledge-based systems using the Internet to give access to the latest best practice solutions and outcomes. Knowledge based systems also support self care and nursing care. For poor countries specialised knowledge based systems provide support that is sensitive to local needs, culture and resources, this is an important knowledge benefit for poor countries”

Una característica única de nuestra generación es que **colectivamente tenemos** la capacidad financiera y la siempre mejorada **capacidad técnica** para reducir las tasas de **mortalidad infantil, infecciosa y materna** hasta niveles universalmente bajos para 2035, para lograr una “**gran convergencia**” en salud. Con mayores inversiones para **ampliar las tecnologías y los sistemas de salud**, estas tasas en la mayoría de los **países de ingresos bajos y medianos** caerían a las que actualmente se observan en los **países de ingresos medianos de mejor desempeño**.⁵

Además, en él se representan muy bien las intensidades que vinculan la corporalidad entre los escenarios y sus despliegues en la manifestación pública del “miedo” (que aparecen en los grupos focales y en las entrevistas realizadas durante nuestra investigación), que parecen ajenas a las racionalidades de los diseños de narrativas que trazan sus espacios de juego de socialización con los contenidos biomédicos. También se remarca la corporalidad habitada por escenarios impregnados en la práctica cultural, política y mediática (por ej. los “zombis” que invadieron las calles de Hamburgo en protesta frente diseños de “futuros” en el encuentro de los G20 de julio 2017).

4.2. ESCENARIOS: TRAZAS DIGITALES COMO “MEMORIAS PARA EL FUTURO”

La(s) historia(s) sobre eventos pasados, cambios o crisis (salud, sociales, etc.)-hasta aproximadamente hacia una década- eran con preponderancia narrativas e historias de vida, basadas en un rastreo de información que se guardaba en “memorias” analógicas. Por ejemplo, en las evidencias históricas sobre la “gripe española” resultaba complicado identificar contenidos (información, imágenes, etc.), ubicarlas según su posible legitimidad atendiendo a las fuentes y los agentes implicados en su producción. La prueba de esto es que hasta hace apenas una década, los historiadores no aceptaron de manera unánime que había existido algo denominado “epidemia de gripe española”.

Por el contrario, la digitalización de los procesos de la globalización de salud son rastreables hasta principios de los 2000, donde se pueden encontrar un abanico de fuentes, mayormente en capas de contenidos disponibles, accesibles con una simple búsqueda (por ejemplo, si introducimos “pandemia 2009” en google surgirá toda una telaraña⁶ de fuentes y referencias). Los testimonios que aparecen en los escenarios diseñados posteriormente (derivados de estas fuentes) ¿Son solo las trazas digitales o también se empiezan a imprimir en el ADN de gestión de la vida y los procedimientos biomédicos donde estamos en un “súper-laboratorio”?

⁵ Traducción de los autores: “A unique characteristic of our generation is that collectively we have the financial and the ever-improving technical capacity to reduce infectious, child, and maternal mortality rates to low levels universally by 2035, to achieve a “grand convergence” in health. With enhanced investments to scale up health technologies and systems, these rates in most low-income and middle-income countries would fall to those presently seen in the best-performing middle-income countries” (Jamison *et al.* 2016)

⁶ En búsqueda simple en el buscador google de “pandemia 2009” aparecen 2.510.000 resultados; y, respectivamente “pandemic 2009” aparecen 10.900.000 resultados; de los cuales la mayoría se generaron durante el periodo de activación de evento epidémico (según búsqueda 14/10/2017 13:50h CET)

Las “trazas” que se generan a través de nuestros movimientos digitales alteran las visibilidades y los propios algoritmos (Flyverbom *et al.* 2017) que se utilizan para registrar las miradas que definen a la vida misma (Karanasios *et al.* 2013). Pero ¿qué tendrían en común las “trazas digitales” con los “escenarios”? La respuesta es sencilla: habrían convergido hasta convertirse en la misma cosa. Los escenarios, en los últimos años, asocian directamente su diseño y la acción de preparación de protocolos de intervención, donde se proyectan sobre el telón de fondo asociaciones con su contextualización global (por ej. aumento de enfermedades debido al cambio climático, previsiones de migraciones masivas durante la próxima(s) década(s), etc.). Un buen ejemplo de lo afirmado es una de las cuatro propuestas de escenarios FRESHER (*Foresight and Modelling for European Health Policy and Regulation*)⁷ que pretende probar la eficacia de las políticas futuras para hacer frente a la carga de las enfermedades no transmisibles (o *non-communicable diseases*) desarrollado en colaboración con EPHA (*European Public Health Alliance*). Así, la propuesta que se centra en los sistemas de salud afirma:

Nosotros te sanamos

La prioridad es mantener una fuerza de trabajo saludable, para la continuación de la productividad económica y para asegurar la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Gracias a los grandes datos, las inversiones públicas y privadas influyen efectivamente en el comportamiento de los ciudadanos hacia estilos de vida saludables. Los empleadores proveen ambientes de trabajo saludables y servicios de cuidado. Se aplica una legislación laboral justa para dar a los trabajadores dinero, tiempo y conocimientos para cuidar mejor su salud. El enfoque de arriba abajo es asegurado por la vigilancia 24/7 ambiental y el uso de los chips implantados es para diagnósticos tempranos asequibles, telemedicina y tratamiento a medida. La nueva era del crecimiento económico y el progreso social se centró en entregar más a todos, pasado por alto seriamente la sostenibilidad del medio ambiente. El aumento de los migrantes económicos y medioambientales se incluye siguiendo una política de inmigración estricta y considerando únicamente sus habilidades y posibles contribuciones al crecimiento de la economía de la UE.⁸

El presente set de escenarios plantea una plataforma digital (“Twitter”) como fuente de datos para recuperar las entradas en la hoja de ruta o escenarios (Kayser & Bierwisch, 2016). En su análisis sobre los escenarios FRESHER, se plantean herramientas como plataformas digitales de *microblogging* como principales generadores de información. Se les considera instantáneos, en continua efervescencia y actualización; y con la capacidad de transformar hasta los espacios de

⁷ [Enlace](#).

⁸ Traducción de los autores: “We will health you. The priority is to maintain a healthy workforce, for the continuation of economic productivity and for ensuring the sustainability of the healthcare systems. Thanks to big data, public and private investments effectively influence citizens’ behaviour towards healthy lifestyles. Employers provide healthy working environments and care services provided. Fair labour legislation is implemented to give workers money, time and knowledge to take better care of their health. The top down approach is ensured by ambient 24/7 surveillance and implanted chips for affordable early diagnostics, tele-medicine and tailor-made treatment. The new era of economic growth and social progress focused on delivering more to everyone, with environmental sustainability seriously overlooked. Increasing economic and environmental migrants are let in following strict immigration policy and by considering only their skills and possible contributions to the EU economy’s growth”.

referencias expertos para generar tendencias para los “líderes de opinión” (*stakeholders*) en temas de salud global, políticas sociales, etc.

4.3. ESCENARIOS: MUTACIONES DE “LO VIVO” EN LA PRÁCTICA COTIDIANA

En nuestra investigación hemos analizado distintas propuestas de escenarios recientes, hemos recogido ejemplos de diferentes periodos históricos y de procedencias dispares de todo el mundo. En ellos hemos observado que “lo vivo” es un ámbito que recibe especial atención y una completa redefinición. Un buen ejemplo sería la siguiente noticia publicada recientemente en varios medio digitales. Escrita por *Eurecat Centre Tecnològic de Catalunya*, rescata la imagen de “lo vivo” como sensor productor de datos, que visto más allá del fervor tecnológico, sorprende la conceptualización de una realidad y un interés ciudadano muy distinto al que había hace unos años o décadas:

Los ciudadanos actúan voluntariamente como “sensores” y los proyectos científicos deben aprovechar estas sinergias para acercar la investigación a la sociedad. La Geographical Citizen Science es una oportunidad para todo tipo de proyectos científicos, ya que promueve la fácil recogida de muestras, la colaboración científica con herramientas al alcance de todos los ciudadanos y un mayor compromiso (engagement) gracias al uso los mapas interactivos donde se muestran los resultados de forma muy visual a partir de APIs como Google Maps, Bing Maps o similares.

Mientras algunas iniciativas científicas apuestan para que los ciudadanos participen de forma pasiva en uso de las opciones de geolocalización de los teléfonos, también se detectan proyectos que promueven la observación activa por parte de los ciudadanos.

Un ejemplo la app “Atrapa el tigre”, impulsada por el Centro de Estudios Avanzados de Blanes. Ha permitido a los ciudadanos contribuir en el estudio y la evolución de esta especie invasora en Cataluña. El proyecto incluye toda la información científica sobre la especie y un mapa interactivo que muestra por medio de un código de color la probabilidad de que el mosquito fotografiado por los usuarios sea realmente un mosquito tigre. Gracias al análisis de los datos geospaciales de todas las fotografías recogidas, se ha generado un mapa global con las zonas.⁹

El ejercicio del *scenario-planning* aporta curiosamente la integración directa de lo que los epidemiólogos denominan “preparedness” en las prácticas y estructuras de nuestra inmediata

⁹ Traducción de los autores: “Els ciutadans actuen voluntàriament com a “sensores” i els projectes científics han d’aprofitar aquestes sinèrgies per apropar la recerca a la societat. La Geographical Citizen Science és una oportunitat per tot tipus de projectes científics, ja que promou la fàcil recollida de mostres, la col·laboració científica amb eines a l’abast de tots els ciutadans i un major compromís (engagement) gràcies a l’ús dels mapes interactius on es mostren els resultats de forma molt visual a partir d’APIs com Google Maps, Bing Maps o similars.

Mentre algunes iniciatives científiques aposten perquè els ciutadans participin de forma passiva fent ús de les opcions de geolocalització dels telèfons, també es detecten projectes que promouen l’observació activa per part dels ciutadans.

N’és un exemple l’app “Atrapa el tigre”, impulsada pel Centre d’Estudis Avançats de Blanes. Ha permès als ciutadans contribuir en l’estudi i l’evolució d’aquesta espècie invasora a Catalunya. El projecte inclou tota la informació científica sobre l’espècie i un mapa interactiu que mostra per mitjà d’un codi de color la probabilitat que el mosquit fotografiat pels usuaris sigui realment un mosquit tigre. Gràcies a l’anàlisi de les dades geospacials de totes les fotografies recollides, s’ha generat un mapa global amb les zones afectades”.

cotidianidad. Esta noticia no es una anécdota aislada, por el contrario, refleja una tendencia que es predominante en las actuales perspectivas sobre salud.

En ese sentido, uno de los enfoques más conocidos actualmente que replantea tanto el alcance de la “ciencias de la vida” como las propias bases de los planteamientos epidemiológicos (teniendo en cuenta la parte de zoonosis y ambiental, además de la humana) es la propuesta denominada “OneHealth”.¹⁰ Esta nace a principios de los años ‘90 y se implementa en los últimos años como solución integrada y holística para proporcionar una comprensión más amplia del problema de la salud e indagar potenciales soluciones para un enfoque común (Lebov *et al.* 2017):

La ambición de alcanzar las metas mundiales de salud ha impulsado una mejora en la disponibilidad de datos sobre la actual carga de morbilidad y las intervenciones eficaces para reducir esta carga. Existe un amplio acuerdo sobre un conjunto de intervenciones eficaces y de bajo costo para reducir la mortalidad de las mujeres y los niños de los países más pobres del mundo. Además, existe un acuerdo global sobre intervenciones y estrategias para combatir el VIH, la tuberculosis y el paludismo, y la importancia de las intervenciones nutricionales se ha destacado en publicaciones recientes. A nivel de país, se hace cada vez más hincapié en la planificación basada en los resultados y en el uso de incentivos financieros para orientar el comportamiento de las personas hacia mejores resultados en materia de salud (OneHealth Tool, 2012).¹¹

“OneHealth” es una propuesta transgresora, que plantea movilizarse, desde la molecularización de la vida (sistemas de salud locales, cuerpos, servers, leyes transnacionales, etc.), absorbiendo conocimientos relacionados de distintos ámbitos (localizados), para estandarizar la visión “lo global” en la salud (deslocalizados). Si la salud es global ¿será, del mismo modo, un derecho global? La “salud” en este caso se convierte en una exigencia tecnocientífica que lleva a cuestionarnos: ¿Qué diferencias hay con los planteamientos anteriores que implican lo humano y zoonótico?

La vida se conceptualiza en los nuevos “sistemas” de definición del futuro por su “movimiento”, su permanente circulación y su conformación como vector o trayectoria. Además ¿cómo se miden tales movimientos? La respuesta es sencilla. Los escenarios son “fotografías” de las “memorias de futuro”. Un ejemplo reciente desarrollado por un grupo de investigación escocés propone trabajar posibles escenarios sobre cómo se aplicarán los planteamientos de OneHealth, en un contexto post-Brexit. Lo más sorprendente de este ejemplo es su contraste entre la ‘fragmentación’ (socio-cultural, económica, política, etc.) de los antiguos modelos frente la visión de “lo global” sobre los modelos de gestión de la vida que ahora se ofrecen. El siguiente fragmento del

¹⁰ [Enlace](#).

¹¹ Traducción de los autores: “The ambition to reach global health goals has spurred an improvement in data availability on the current disease burden and effective interventions to reduce this burden. There is broad agreement on a set of low-cost effective interventions to reduce mortality among women and children in the world’s poorest countries. Moreover there is global agreement on interventions and strategies to combat HIV, TB and Malaria, and the importance of nutrition interventions has been highlighted in recent publications. At the country level there is increasing emphasis on results based planning and the use of financial incentives to steer people’s behaviour towards better health outcomes”

mismo resulta muy ilustrador¹² (*Epidemiology, Population health and Infectious disease Control*) (Boden *et al.* 2017: 41):¹³

6. Agencia de Datos de Vigilancia

Este es un “portal keeper” de datos de salud sin fines de lucro, independiente, intersectorial (animal, humano, vegetal, medio ambiente) que promueve el intercambio de datos. La agencia está diseñada para desvincular los datos de vigilancia de la condicionalidad y para demostrar los beneficios de un enfoque de asociación multidisciplinaria para la vigilancia de la salud animal. Esta estrategia se basaría en una estrategia coherente a largo plazo centrada en el apoyo a los objetivos epidemiológicos. Los socios de la agricultura, el medio ambiente, la vida silvestre, el agua, etc. pagan una cuota nominal y consienten en proporcionar datos para participar en el plan y compartir y analizar todos los demás datos disponibles. La tecnología debe estar disponible y accesible para recolectar datos apropiados de alta resolución sobre la salud humana, animal y ambiental. La infraestructura de telecomunicaciones necesita estar en el lugar para poder compartirlo.

Brechas en la resiliencia: Esta estrategia aborda las lagunas en el intercambio de datos y la falta de control y / o falta de cumplimiento normativo en la industria. Esto no está dirigido por el gobierno, por lo que permite desacoplar el uso de datos de las cuestiones de condicionalidad. Los datos son un producto básico - esta estrategia funcionará mejor en futuros donde hay incentivos para participar para obtener acceso a datos (por ejemplo, futuros en los que los datos están segregados, por ejemplo, Market Farm, Free Fall) pero puede empoderar agentes con propuestas alternativas, en los futuros donde el control gubernamental es fuerte (por ejemplo, Oceanía y podría ser de particular valor si las fuentes dirigidas por el Estado de los datos de vigilancia sólo se centran en enfermedades exóticas notificables (por ejemplo, Global Farm). Tiene un valor limitado si las tecnologías para recopilar datos no son baratas, robustas o fácilmente adoptadas por los agricultores (por ejemplo, Scotland Alone).

Los escenarios despliegan una lógica cuando menos sorprendente en el ámbito de la biomedicina, concretamente, y en el de la salud, hablando de manera más genérica. Suponen, en primer lugar, una evidente colonización del futuro, orientada a gestionar el presente y que se atreve, entre otras cosas, a redefinir la propia noción de “vida”. Sin embargo, tal cosa se hace enfatizando una suerte de dimensión democratizadora dentro de la ciencia. En los escenarios se vindica con fuerza una

¹² Traducción de los autores: “6. **Surveillance Data Agency.** This is a non-profit, independent, cross-sector (animal, human, plant, environment) health data “gatekeeper” which promotes data sharing. The agency is designed to decouple surveillance data from cross-compliance, and to demonstrate the benefits of a multi-disciplinary partnership approach to animal health surveillance. This strategy would be underpinned by a coherent long-term data strategy focused on support of epidemiological objectives. Partners from agriculture, environment, wildlife, water etc. pay a nominal fee and consent to provide data in order to participate in the scheme and share and analyse all other available data. Technology must be available and accessible to collect appropriate high resolution human, animal and environmental health data. Telecommunications infrastructure needs to be in place to be able to share it.

Gaps in resilience: This strategy addresses gaps in data sharing and lack of control and/or noncompliance by industry. This is not government-led so it enables data use to be decoupled from issues of cross-compliance. Data are a commodity - this strategy will work best in futures where there are incentives to participate to gain access to data (e.g. futures in which data are segregated- e.g. Market Farm, Free Fall), but it may also empower stakeholders with alternative choices, in futures where government control is strong (e.g. Oceania and it could be of particular value if state-directed sources of surveillance data only focus on exotic notifiable diseases (e.g. Global Farm). It is of limited value if technologies to collect data are not cheap, robust or readily adopted by farmers (e.g. Scotland Alone).

¹³ [Enlace.](#)

relación en la producción de conocimiento denominada “abajo-arriba” frente a la clásica distribución asimétrica entre expertos y legos (Rock 2017). En ese sentido, el *scenario-planning* es un esquema que se alinea perfectamente con las últimas tendencias en ciencias sociales que proclaman la necesaria democratización de la producción de conocimiento incluyendo a los usuarios del mismo en su producción más básica (Mort *et al.* 2016, CDC 2005, Gavris *et al.* 2016, Torrejón *et al.* 2016). En segundo lugar, nos ofrecen una perspectiva sobre las ciencias biológicas y la epidemiología en la que su hibridación con las ciencias sociales es inevitable. Una epidemiología eficaz y responsable sólo puede conformarse como socioepidemiología en la medida en que debe incorporar directamente a la comunidad que desea proteger tanto en sus procedimientos de vigilancia como en los de intervención (por ej. plataformas digitales para implicar la ciudadanía para medir presencia de mosquitos, síntomas de enfermedades, etc.). Por último, los escenarios, una ficción, algo tan simple como una proyección de futuro sistematizada y literalizada, suponen una verdadera revolución para nuestra forma de entender las relaciones de poder. Si estas, en lo que hace referencia a las ciencias de la vida, desde hace varias décadas pasan, cuando se tematizan, ineluctablemente por las nociones foucaultianas de anatomopolítica y biopolítica (Foucault, 2007, 2008, 2009), ahora pueden ser pensadas desde una perspectiva que lleva hasta su extrema el argumento de Foucault. Así, los escenarios se conciben como pequeñas herramientas que gobiernan poblaciones en el presente a partir de pronósticos sobre emergencias de salud que pueden darse en el futuro. El tiempo y la implicación, como hemos mencionado, de los ciudadanos en su día a día en una permanente biovigilancia suponen la culminación de un pensamiento en el que política se equipara con biopoder.

5. DISCUSIÓN

Las nuevas tecnologías de producción, registro y gestión de datos sobre la vida muestran una mutación en la concepción de manejamos de lo biótico y en las expresiones de la gestión del mismo (biopolítica). Se está conformando una especie de vigilancia implícita y continua en la que todas las inscripciones se convierten en registro o en las inscripciones de trazas digitales. Observamos, del mismo modo, grandes desplazamientos en los espacios biomédicos entendidos como conjunto de prácticas en las dinámicas cotidianas, que articulan a través de sus movimientos a nuevos actores, instituciones, normas y juegos de verdad (Torrejón *et al.* 2016)

Como hemos visto en los apartados anteriores, los espacios biomédicos ya no hacen referencia solo a la experticia médica y a las variables de las “ciencias de la vida”, sino que exhiben nuevos rasgos. En primer lugar, los contenidos biomédicos son planteados para articular una gran diversidad de agentes heterogéneos, al buscar su afectación y su directa implementación en la práctica cotidiana (visible en las producciones culturales; por ej. imágenes, redes sociales, etc.), donde “el bios” aparece como figura 3D mientras que los agentes están en una continua articulación y desarticulación. En segundo, resulta remarcable observar cómo se transforma el papel del experto. Desde la lógica de los escenarios, cualquier puede actuar como tal y la relación entre legos y especialistas se diluye hacia una lógica en la que impera la recogida y conexión de información. Por

último, los escenarios se imponen como una tecnología que crea memoria del futuro. Diseñando posibilidades en el horizonte de nuestra vida actual, se determina como ordenar e incidir sobre el presente.

Los escenarios hablan del futuro, pero actúan en el presente e incluso en el pasado. Su intervención permite redefinir líneas de actuación pasadas. Por tanto, el *scenario-planning* es una especie de memoria global e intensa que aspira a contener toda la temporalidad relacionada con la salud. Finalmente, no podemos olvidar que esta tecnología destaca la necesidad de rescatar las múltiples voces y la importancia de los modelos colaborativos en las intervenciones sanitarias que ya no hacen referencia solo a una salud global sino también a las condiciones de posibilidad de las mismas.

6. CONCLUSIONES

En el análisis desarrollado en este artículo se ha observado que el uso de escenarios plantea una mutación conceptual donde la práctica diaria se convierte en un “laboratorio”, una extensión de los espacios biomédicos. A partir de la planificación de escenarios se constituye una mirada que opera desde las “memorias del futuro” (Fassin, 2009) (proyecciones deseables, que modifican pautas actuales) hacia el presente. Mirada que abarca y afecta a conocimientos especializados y procesos sociales relacionados con vigilancia epidemiológica.

Los diseños de escenarios abren nuevas propuestas conceptuales sobre la reformulación del campo transversal donde se articulan espacios biomédicos, escalas globales y locales, conocimiento experto y lego, participación ciudadana e instituciones técnicas. Es más, la mencionada transformación se puede considerar incluso política. En ese sentido, conviene recordar que en los últimos años múltiples investigaciones sociales señalan nuevas lecturas de la noción de biopolítica que popularizara Michel Foucault examinando la implementación de los modelos y sistemas digitalizados (en algunos casos identificados con embrionarios de inteligencia artificial en gestión de salud global y epidemiología). La lógica de los escenarios culmina esa reflexión. Muestra una molecularización de los ejercicios de poder que gracias al imperativo del uso de los escenarios permea en toda nuestra cotidianidad. Los escenarios definen el futuro para actuar en el presente y reinterpretar el pasado. Por tanto, son las condiciones de posibilidad misma para la gestión tanto de grandes poblaciones como de comportamiento individual.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, B. (2000). *Doing the Dirty Work: The Global Politics of Domestic Labour*. London: Zed Books
- BODEN LA; AUTY H; REEVES A; BESSELL P; RYDEVIK G; MCKAY T; MCKENDRICK IJ (2017). “Year 2030: What is the future of animal health surveillance in Scotland? An EPIC Scenario Planning Workshop”
- BROWNSTEIN J.S., FREIFELD C.C. y REIS B.Y. “Surveillance Sans Frontieres: Internet-based emerging infectious disease intelligence and the HealthMap Project”. *PLoS Medicine* (2008) 5(7): 1019–1024.
- BURROWS B., Mayne A. y NEWBURY P. (1991). *Into the 21st Century: A Handbook for a Sustainable Future* Adamantine, Twickenham, UK.
- CADUFF C. (2008). “Anticipations of biosecurity”. A. Lakoff y S. Collier (eds.) *Biosecurity Interventions: Global Health and Security in Question*. New York: Columbia University Press: 257–277.
- CDC (2005). *Citizen Voices on Pandemic Flu Choices: A Report of the Public Engagement Pilot Project on Pandemic Influenza*. Atlanta, GA: CDC.
- CDC (2007). *Update on Pandemic Flu Preparedness*. Atlanta, GA: CDC.
- CHO, S., Mathiassen L. y Nilsson A. “Contextual dynamics during health information systems implementation: an event-based actor-network approach”. *European Journal of Information Systems* 17/ 6 (2008): 614–630.
- COLLIER S. y LAKOFF A. (2008). “The vulnerability of vital systems. How ‘critical infrastructure’ became a security problema”. M. Dunn (eds.) *The Changing Logics of Risk and Security*. London: Routledge.
- DICKMANN P.M; APFEL F. y GOTTSCHALK, R. “Risk communication and generic preparedness: from agent-based to action-based planning - a conceptual framework”. *British Journal of Medicine and Medical Research*, (2016) 13 (10); 1-5. ISSN 2231-0614
- DILLON M., LOBO-GUERRERO L. “Biopolitics of Security in the 21st Century: An Introduction”, *Review of International Studies* 34 (2008): 265–92.
- ESPOSITO R. (2008). *Bíos: Biopolitics and Philosophy*, trans. Campbell T.. Minneapolis, MN: Minnesota University Press.
- FASSIN D. “Another Politics of Life is Possible”, *Theory, Culture & Society* 26(5) (2009): 44–60.
- FIDLER DP y GOSTIN LO (2006) “The new international health regulations: An historic development for international law and public Health”. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 34(1): 85–94.
- FLYVERBOM, Mikkel; MADSEN, Anders Koed y RASCHE, Andreas. “Big data as governmentality in international development: Digital traces, algorithms, and altered visibilities”. *The Information Society*” 33/1 (2017).
- FORRESTER J. (1971). *World Dynamics* Wright-Allen Press, Cambridge, MA.

- FOUCAULT Michel (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977–78*, Palgrave Macmillan.
- FOUCAULT, Michel (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978–1979*, Palgrave Macmillan.
- FOUCAULT, Michel (2009). *El gobierno de sí y de los otros* Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires
- GAVRIS, Mariana-Ioana; SEEBACH, Swen; TORREJÓN CANO, Pedro; TIRADO, Francisco (Sept. 2016) “Alternative actors & emergency warning systems”. *4S/EASST conference. Science & technology by other means: Exploring collectives, spaces and futures*. Barcelona.
- GOSSELIN, Derrick; TINDEMANS, Bruno (2016). *Thinking futures: strategy at the edge of complexity and uncertainty*. LannooCampus Publishers: Leuven
- HEYMANN D.L. y RODIER, G “Hot spots in a wired world: WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases”. *Lancet Infectious Diseases* (2001) 1(5): 345–353.
- JAMISON DEAN T (eds.). “Global health 2035: a world converging within a generation”. *The Lancet Commissions* Vol 382 December 7, 2013 DOI.
- KAHN. Herman (1985). *Thinking about the Unthinkable in the 1980s. A revisiting of the classic work on nuclear work* Simon and Schuster: New York
- KAHN H. y WEINER, A. (1967). *The Year 2000: A Framework for Speculation on the Next Thirty-three Years*. Macmillan, New York
- KAPLAN R. (1994). *The Coming Anarchy* The Atlantic Monthly, 273(2), 44–76.
- KARANASIOS S.; THAKKER D.; LAU L.; ALLEN D.; DIMITROVA V.; NORMAN, A. “Making sense of digital traces: An activity theory driven ontological approach”. *J Am Soc Inf Sci Tec*, (2013) 64: 2452–2467. DOI:10.1002/asi.22935
- KAYSER Victoria y BIERWISCH Antje “Using Twitter for foresight: An opportunity?” *Futures* 84 (2016): 50-63.
- LAKOFF, Andrew. “Preparing for the Next Emergency”. *Public Culture* 19/2(2007): 247-271.
- LAKOFF, A. “Real-time biopolitics: the actuary and the sentinel in global public Health”. *Economy and Society* (2015) 44(1): 40–59 Doi:10.1080/03085147.2014.983833
- LATOUR, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-network Theory*. Oxford: Oxford University Press
- LEBOV J.; GRIEGER .K; WOMACK D.; ZACCARO D.; WHITEHEAD N.; KOWALCYK B.; MACDONALD P.D.M. “A framework for One Health research”. *One Health* 3 (2017): 44-50.
- LENTZOS, F.; ROSE, N. (2009). “Governing insecurity. Contingency planning, protection, resilience”. *Economy and Society* 38 (2): 230–254.
- LEONELLI, Sabina. “Integrating data to acquire new knowledge: Three modes of integration in plant science”. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 44 (2013): 503-514.

- LEONELLI, Sabina y RACHEL A. Ankeny “Repertoires: How to Transform a Project into a Research Community”. *BioScience* (2015). DOI: 10.1093/biosci/biv061.
- LINDGREN, Mats y BANDHOLD, Hans (2003). *Scenario Planning. The link between future and strategy*. Palgrave Macmillan.
- LUPTON D. (2016). *The Quantified Self: A Sociology of Self-Tracking*. Cambridge: Polity Press.
- MEADOWS D.; MEADOWS D. L.; RANDERS J.; BEHRENS W. (1972). *The Limits to Growth*. Universe Books, New York.
- MILBRATH L. (1989). *Envisioning a Sustainable Society: Learning Our Way Out*. SUNY Press, Albany, New York.
- MORT, Maggie; ROBERTS Celia Mary; KRAGH Furbo Mette, WILKINSON Joann & MACKENZIE Adrian “Biosensing: how citizens’ views illuminate emerging health and social risks”. *Health, Risk & Society* 17/ 7-8 (2016).
- NIAC (2007). *The Prioritization of Critical Infrastructure for a Pandemic Outbreak in the United States Working Group Final Report and Recommendations*. Washington DC: DHS.
- OGILVY, J. A. (2002). *Creating better futures: scenario planning as a tool for a better tomorrow*. New York, N.Y. ; Oxford: Oxford University Press.
- PETRYNA, A. (2002). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ/Oxford, UK: Princeton University Press.
- ROSE N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- ROCK, Melanie J. “Who or what is ‘the public’ in critical public health? Reflections on posthumanism and anthropological engagements with One”. *Health Critical Public Health* 27/ 3 (2017): 314-324.
- SANFORD, Sarah (2013). *Integrating Pandemic through Preparedness: Global Security and the Utility of Threat*. Dalla Lana School of Public Health: University of Toronto
- SANFORD, Sarah; POLZER, Jessica; MCDONOUGH, Peggy “Preparedness as a technology of (in)security: Pandemic influenza planning and the global biopolitics of emerging infectious disease”. *Social Theory & Health* 14 (2016): 18–43. DOI:10.1057/sth.2015.8;
- SEETOH, Theresa; LIVERANI, Marco y COKER, Richard (2016). “Risk perception, assessment and management in responses to pandemic influenza”. DAVIES, Sara E.;YOUDE, Jeremy R.;*The Politics of Surveillance and Response to Disease Outbreaks: The New Frontier for States and Non-state Actors*. Routledge.
- SCHNEIDER, David S “What Can Vampires Teach Us about Immunology?”. *Trends in Immunology* 37/4 (2016).
- SCHWARTZ P. (1991). *The Art of the Long View – Planning for the Future in an Uncertain World* John Wiley and Sons, Ltd: Chichester.
- SHOEMAKER P. (1995). “Scenario Planning: A Tool for Strategic Thinking”. *Sloan Management Review*, Winter.

- SWAN, Melanie. "The Quantified Self: Fundamental Disruption in Big Data Science and Biological Discovery". *Big Data* 1/2 (2013): 85-99.
- SWAN, Melanie. "Health 2050: The Realization of Personalized Medicine through Crowdsourcing, the Quantified Self, and the Participatory Biocitizen". *Journal of Personalized Medicine* 2/3 (2012): 93-118. DOI:10.3390/jpm203009
- THOMAS L. "Pandemics of the Future: Disease Surveillance in Real Time". *Surveillance & Society* 12/2 (2014): 287-200.
- TIRADO, Francisco y CAÑADA, José "Epidemias: un nuevo objeto sociotécnico". *Convergencia-Revista de Ciencias Sociales* 18 (2011): 133-156.
- TIRADO, Francisco; GÓMEZ, Andrés y ROCAMORA, Verónica. "The Global Condition of Epidemics: Panoramas in A (H1N1) Influenza and their Consequences for One World One Health Programme", *Social Science and Medicine* 129 (2014):113-122.
- TORREJÓN, P.; TIRADO, F.; BALERIOLA, E. y MAUREIRA, M. "Del biopoder al cinepoder en los dispositivos de bioseguridad de la Unión Europea" *AIBR. Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red* 11/3 (2016): 341-362.
- TORREJÓN CANO, Pedro; TIRADO SERRANO, Francisco; BALERIOLA ESCUDERO, Enrique; MAUREIRA, Marco; GAVRIS, Mariana; SEEBACH, Swen (2016). "Escenarios: Una Nueva Forma Para Lo Social"; II *Congreso Internacional de Antropología Puentes, Umbrales y muros*. Barcelona.
- TOTH, F.; HIZSNYIK E.; CLARK W. (eds.) (1989). *Scenarios of Socioeconomic Development for Studies of Global Environmental Change: A Critical Review*. International Institute for Applied Systems Analysis, Laxenburg, Austria.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999). *Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning*. Geneva, Switzerland: Department of Communicable Disease Surveillance and Response.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999). *Revision and updating of the international health regulations: Progress report*. Report by the secretariat, Document A52/9, 52th World Health Assembly. April 1st. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). "Global outbreak alert and response". Report of a WHO meeting .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Revision of the international health regulations: Report by the secretariat. Document no. A56/25*, 56th World Health Assembly. March 24th. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION(2005a). *International Health Regulation*. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b). *Revision of the international health regulations: Report by the secretariat. Document A58/41*, 56th World Health Assembly. April 14th. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009a). *Pandemic influenza preparedness and response: A WHO guidance document*. Geneva, Switzerland: Global Influenza Programme.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009b). *Whole-of-society pandemic readiness: WHO guidelines for pandemic preparedness and response in the non-health sector*. Geneva, Switzerland: Global Influenza Programme.

LITERATURA

SARAMAGO, José (1995). *Ensayo sobre la ceguera*. Madrid: Santillana.

SARAMAGO, José (2009). *Ensayo sobre la lucidez*. Madrid: Alfaguara.



DESDE LA CLÍNICA DE FERTILIDAD: ALIANZAS REPRODUCTIVAS, MADRES JUBILEAS Y BEBÉS PROBETA

From the fertility clinic: reproductive alliances, jubilee mothers and test tube babies

RAQUEL TARANILLA

UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA (ESPAÑA) rtaranilla@uoc.edu

Es licenciada en Derecho y doctora en Filología Española por la Universidad de Barcelona. Ha impartido clase en la Universidad de Barcelona, en la Escuela Judicial de España, en la Universitat Oberta de Catalunya y en la Universidad Hamad bin Khalifa. Se dedica a investigar las prácticas comunicativas de las instituciones públicas. Es autora de *La justicia narrante* (2012) y *Mi cuerpo también* (2015).

RECIBIDO: 8 DE JULIO DE 2017

ACEPTADO: 1 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESUMEN: Este artículo comienza abordando el discurso producido en torno a la tecnología de la reproducción asistida. A partir de los textos emitidos por la clínica de fertilidad, se pretende comprender el papel actual de los tratamientos reproductivos y plantear, yendo más allá de las críticas que generan, en qué han ayudado a derribar estereotipos muy establecidos. En primer lugar, la generalización de las tecnologías de reproducción asistida ha acabado con el relato hegemónico sobre la concepción humana (en el que un espermatozoide poderoso logra conquistar un óvulo e iniciar una vida nueva). En segundo lugar, la clínica de fertilidad obliga a entender la reproducción humana como una tarea colectiva, en la que se generan relaciones fructíferas. En tercer lugar, también hace emerger nuevas subjetividades ligadas a la maternidad/paternidad y la filiación, que consiguen desestabilizar ciertas identidades de género y de familia que han sido privilegiadas hasta ahora. A modo de ejemplo de nueva subjetividad, se propone la *maternidad jubilea*, en cuya fusión de cuerpo y tecnología queda cuestionada con éxito la construcción social de la esterilidad.

ABSTRACT: This article addresses the discourse of assisted reproduction technology. By analyzing texts produced by fertility clinics, the aim is to describe the current role of reproductive treatments and to consider their benefits in undermining well-established stereotypes. First, the increase in the use of assisted reproductive technologies breaks down the hegemonic narrative of human conception (in which the powerful sperm conquers the egg to start a new life). Second, in fertility clinic human reproduction should be considered a collective task, in which fruitful relationships are developed. Third, assisted reproductive technology fosters the emergence of new subjectivities linked to motherhood/fatherhood and filiation, which destabilize prevailing gender and family identities. As an example of a new subjectivity, *jubilee motherhood* is proposed. The fusion of body and technology in it challenges the social construction of infertility.

KEYWORDS: fertility clinic, assisted reproductive technology, motherhood, filiation, subjectivity, medical discourse.

PALABRAS CLAVE: clínica de fertilidad, tecnología de reproducción asistida, maternidad, filiación, subjetividad, discurso de la medicina.

Raquel Taranilla.

“Desde la clínica de fertilidad: alianzas reproductivas, madres jubileas y bebés probeta”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 107-127.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10523 ISSN: 2340-1869

1. LA REPRODUCCIÓN HUMANA: FIN DEL RELATO ÚNICO

En julio de 1978, en el Hospital General de Oldham, llegaba al mundo mediante cesárea Louise Brown, la que fuera llamada en los medios de comunicación “el bebé del siglo” por ser el primer ser humano concebido gracias a una técnica de fertilización en el laboratorio, en el seno de una placa de Petri y no en el interior del útero materno. La viabilidad de la primera niña probeta daba carta de naturaleza en la historia de la procreación humana a la oposición *in vivo - in vitro*, para aludir al distinto origen que puede tener un embrión. Desde esa fecha las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se han generalizado hasta el punto de que actualmente el número total de personas concebidas de forma artificial supera los siete millones en todo el mundo (Paulson *et al.*, 2017). Más allá de sus repercusiones de tipo biológico, social y demográfico, o de sus implicaciones éticas, el fin de la unidad en las formas de fecundación ha vuelto imposible seguir manteniendo un relato único que dé cuenta satisfactoria de la concepción humana (Weil, 2011): la idea tradicional según la cual un hombre y una mujer mantienen una relación sexual en la que un espermatozoide logra abrirse camino a través del útero y fecundar un óvulo se ha revelado insuficiente para dar cuenta apropiada del origen de todos los seres humanos, algo que fuerza a ampliar el espectro de narrativas sobre la reproducción de nuestra especie.

En su inicio, las TRA levantaron críticas y suspicacias no solo en los sectores conservadores y religiosos, sino también desde posicionamientos feministas radicales, que vieron en la fecundación gestionada y ejecutada por la clínica una herramienta de las políticas pronatalistas y una forma de sofisticar técnicamente el sometimiento de la mujer a su dimensión reproductiva y materna, así como de perpetuar el papel que le asignaba la maquinaria capitalista.¹ Y, sin embargo, con el paso de los años se ha hecho innegable que la transformación epistemológica a la que ha ido conduciendo esa tecnología ha abierto fisuras en la arquitectura ideológica sobre la procreación de la vida que desgarran los relatos de la reproducción justamente allí donde los estudios de género habían señalado que el discurso científico aprehende y revalida estereotipos clásicamente vinculados a lo femenino y a lo masculino (Martin, 1991; Moore, 2007: 63). En efecto, quedó patente que las construcciones culturales sobre los géneros tienen un calado hondo en la narrativa médica y esta, a su vez, se traslada al relato común, divulgado, sobre la reproducción. El mito del óvulo (el gameto femenino) es que es una célula pasiva, estática, desvalida, a la espera de ser fecundada, mientras que el espermatozoide (el gameto masculino) se caracteriza por ser activo, móvil, viajero, competidor, penetrante, potente y conquistador. Muy rara vez esa caracterización hegemónica ha sido contrariada por propuestas alternativas (Martin, 1991: 492-494): solo puntualmente el óvulo se ha presentado como un foco de atracción del espermatozoide, que, librado a su suerte en el útero, queda atrapado por aquel de manera agresiva; y tampoco ha prosperado un relato de tendencia conciliadora, en el que los dos gametos constituyen una pareja mutuamente activa, cuya comunicación traza un puente que acaba generando una vida nueva.

¹ Para una historia de las posturas distintas (y a menudo antitéticas) que adoptó el feminismo ante el surgimiento y la generalización de las TRA, véase Thompson (2002a).

En realidad, la resistencia de las representaciones clásicas de la reproducción solo empezó a ser minada cuando se combinaron dos transformaciones cruciales del final del siglo XX: la revolución médico-tecnológica y social que han supuesto las TRA, por un lado, y el surgimiento de nuevos modelos familiares (tanto de familias monoparentales como de familias homoparentales), por el otro lado. Esa doble innovación ha abierto rutas nuevas hacia la procreación, lo que ha generado, como consecuencia, conceptos nuevos que han incorporado componentes narrativos específicos y han revolucionado, al mismo tiempo, los ingredientes clásicos en la ideología de la reproducción. Su análisis proporciona claves únicas acerca de algunas de las nuevas formas de subjetividad del ser humano, primeramente, en relación con el modo en que los humanos nos comprendemos en tanto que seres pro-creadores (algo que abarca, como se verá, procedimientos que van más allá de nuestra existencia paternal o maternal) y, en segundo lugar, en relación con nuestra dimensión de seres pro-creados (esto es, en términos de nuestra filiación).

Este artículo parte de abordar el discurso producido en torno a la reproducción asistida y, en particular, analiza algunos textos emitidos en el contexto de la clínica de fertilidad, instancia de intervención privilegiada de las TRA. Asimismo, se emplean en él otras producciones culturales cuyo análisis permite comprender el papel actual de los tratamientos reproductivos. Se determina, para empezar, el modo como la clínica dota de sentido a su misión reproductiva y cómo su ideología es integrada en las representaciones que elaboran sus pacientes (apartado 2). A fin de ser completa, esa descripción debe incluir algunas de las críticas más actuales a la tecnología de la reproducción artificial y las sombras que la rodean, pues nos imponen la obligación de pensar permanentemente los límites que han de tener sus intervenciones, a la vez que la necesidad de resignificar sus prácticas y sus efectos sobre el mundo. Con todo, aquí se va a defender que no es conveniente seguir manteniendo una visión condenatoria y apocalíptica de las TRA. Es necesario tener en cuenta tanto su implantación globalizada como los beneficios evidentes que procura, y plantear sin prejuicios ni supersticiones la convergencia entre la ciencia y la biología, la técnica y el cuerpo humano. Es más, hay que saludar que las TRA se hayan convertido en el epicentro desde el que se han agitado definitivamente los cimientos de las explicaciones consagradas sobre la procreación de la vida.

El poder transformador de la fecundación médicamente asistida nace de constatar en la práctica que la reproducción de los seres humanos no puede ser entendida nunca más como un proceso monolítico. No es posible orillar el origen artificial de cada vez más seres humanos, o contemplarlo como una génesis bastarda, en tanto que recurso secundario a una fórmula deshumanizada que ha inventado la medicina para aquellos que no pueden concebir mediante el coito heterosexual. Aunque es cierto que muchos de quienes acuden a la clínica de fertilidad lo hacen a raíz de un problema de infertilidad, el hecho es que ese motivo no agota las posibilidades de la ciencia de la reproducción, que con el paso del tiempo se vuelven más diversas. En ese sentido, la cópula entre hombre y mujer, el gran tótem de la ideología tradicional sobre la reproducción, se viene abajo definitivamente al generalizarse las TRA. Con ellas la procreación humana pasa a ser producto de una acción colectiva, de la labor conjunta de agentes diversos que coinciden y coordinan sus tareas en la clínica de fertilidad (apartado 3). Esa comunidad reproductiva responde, como se expondrá, al cambio de paradigma que

supone que los seres humanos de la actualidad desarrollen su vida como una organización en forma de red, y que operen interrelacionados entre sí y con la técnica. El calado de tal transformación es profundo y ha penetrado en la vida hasta alcanzar y traspasar la concepción del embrión, instante biológico original. Reconocer que la procreación tiene los perfiles abiertos, permeables, permite atender además a la emergencia de nuevas subjetividades ligadas a la maternidad/paternidad y la filiación, que contribuyen a echar por tierra identidades privilegiadas hasta ahora y, a su vez, encarnan modelos de ruptura afirmativa, de no asimilación a los moldes recibidos y de invención constructiva y vitalista del yo. Las TRA propician la creación individual de imágenes poderosas, de formas luminosas de repensar nuestra naturaleza procreada y procreadora. A modo de ejemplo, se propone aquí la irrupción de una “maternidad jubilea”, que rompe la dicotomía aborrecible entre mujeres fértiles y mujeres estériles (apartado 4).

Se ha escrito mucho sobre la medicalización de la reproducción humana, sobre cómo en el último siglo el razonamiento y la práctica médica se han ido apropiando de la gestación (por citar solo algunos nombres, Barker, 1998; Rúðólfssdóttir, 2000; Parry, 2006), del parto (Oakley, 1984; Rothman, 1991; Zwelling, 2008; Brubaker y Dillaway, 2009) y de los primeros cuidados del recién nacido (Wallace y Chason, 2007). Si bien se entiende que el control del embarazo y del parto ha supuesto un cambio revolucionario en la forma de vida humana que es fundamental para comprender el mundo contemporáneo (Boltanski, 2004), en general también se suele criticar la patologización excesiva de la reproducción, así como el sometimiento de las mujeres gestantes al dictado de los protocolos de la clínica con relación al modo adecuado de traer bebés al mundo. Igualmente, se ha puesto de relieve que la medicina no tiene límite a la hora de ampliar sus competencias, que se han extendido a la planificación familiar, haciéndose con el control de los medios de anticoncepción, el control de la natalidad, la preservación de la fertilidad, la interrupción del embarazo, etc. Dado que en pocos años las TRA han adquirido el estatus de recursos decisivos de la configuración de individuos y familias, también se han convertido en objeto de análisis desde la crítica de género y los estudios en biopolítica, que han detectado en la tecnificación de la procreación un instrumento poderoso para intervenir y hacer política sobre los cuerpos, que los somete a ciertas expectativas culturales y se ensaña particularmente con los cuerpos femeninos (entre otros, Gupta y Richters, 2008; Perrotta, 2008; Showden, 2011: 93-134). Pese a que hay mucho de verdad en tales apreciaciones, es innegable también que las TRA brindan una posibilidad de reconsiderar la naturaleza de la especie humana que no debemos desestimar. Quienes se reproducen o han sido generados mediante fórmulas artificiales de concepción podrían ser ubicados y comprendidos entre esas “extrañas criaturas fronterizas –simios, *cyborgs* y mujeres–, que han ocupado un lugar desestabilizador en las grandes narrativas biológicas, tecnológicas y evolucionistas occidentales” (Haraway, 1995: 62) y cuya fuerza transgresora proviene del replanteamiento de la interacción humana con elementos dispares del mundo. En sinergia con la técnica de la reproducción, los cuerpos armados y las vidas creadas en el enclave reproductivo que es la clínica de fertilidad poseen un potencial de quiebra de las expectativas culturales sobre los seres humanos –pero también de lo que son los géneros y lo que es una familia– del que podemos servirnos para la invención de identidades humanas cada vez menos encorsetadas, que nos permitan escapar de ciertas esclerosis.

2. LA CLÍNICA DE FERTILIDAD: EL DESEO EN CÓPULA CON LA TÉCNICA

En combinación con el centro de planificación familiar, la generalización de las TRA ha hecho de la clínica de fertilidad el escenario desde donde se administra la creación artificial de seres humanos y que, en esencia, consiste en un espacio hospitalario en el que se lleva a cabo la fecundación del embrión y su transferencia al útero gestante. La novedad de las TRA se deriva, precisamente, de que la concepción, que hasta hace solo cuatro décadas se realizaba en exclusiva en la intimidad y quedaba circunscrita al ámbito privado,² ha pasado a ser materia de la clínica y se realiza empleando un procedimiento científico-técnico. La clínica de fertilidad interviene en los casos en que se persigue procurarle descendencia a un cuerpo infértil, pero también a aquellos individuos que no desean concebir mediante una relación sexual y cuando se busca evitar la transmisión de determinadas enfermedades al embrión. En la clínica de fertilidad se culmina, por tanto, la separación entre coito heterosexual y reproducción, que se institucionalizó en su día con el control de la natalidad (Gordon, 1976), y a cuyos recursos fundamentales (la píldora anticonceptiva y el preservativo) quedan conjugadas las TRA.

Es posible que en el imaginario colectivo la idea de clínica de fertilidad recoja los ecos del Centro de Incubación y Condicionamiento en el que empieza la novela *Un mundo feliz* (1932); no obstante, el hecho es que las clínicas de fertilidad reales tienen una naturaleza muy distinta. En la obra de Aldous Huxley, los individuos son creados en un entorno fabril del que se ha desterrado la idea de familia y, en consecuencia, se ha aniquilado a sus miembros: ya no hay padres ni tampoco hay hijos, sino que el objetivo de la clínica es generar individuos amputados de toda idea de progenie. Los gametos, tanto los femeninos como los masculinos, que se emplean en la fecundación provienen de cuerpos que se mantienen en la penumbra:

(1)

Sin dejar de apoyarse en las incubadoras, el director [del Centro de Incubación y Condicionamiento] ofreció a los nuevos alumnos, mientras los lápices corrían ilegiblemente por las páginas, una breve descripción del moderno proceso de fecundación. Primero habló, naturalmente, de sus prolegómenos quirúrgicos, “la operación voluntariamente sufrida para el bien de la Sociedad, aparte el hecho de que entraña una prima equivalente al salario de seis meses”; prosiguió con unas notas sobre la técnica de conservación de los ovarios extirpados de forma que se conserven en vida y se desarrollen activamente; pasó a hacer algunas consideraciones sobre la temperatura, salinidad y viscosidad óptimas; [...] y, acompañando a sus alumnos a las mesas de trabajo, les enseñó en la práctica cómo se retiraba aquel licor de los tubos de ensayo; cómo se vertía, gota a gota, sobre placas de microscopio especialmente

² El concepto de TRA incluye, en rigor, solamente aquellos métodos de fertilidad en los que se tratan en el laboratorio tanto el gameto femenino como el masculino, y se cultiva el embrión resultante de su unión (McCulloh, 2009: 9). Queda excluido, por lo tanto, el método de la inseminación artificial (que consiste en introducir esperma dentro de un útero por medios mecánicos, en reemplazo de la cópula), que según parece se practicó por primera vez en el Reino Unido a finales del siglo XVIII (Clarke, 2006: 1649). El arranque de las TRA no se produjo hasta que fue posible generar un embrión *in vitro*, en el laboratorio, algo que se logró en 1963, cuando se concibieron de forma artificial algunos embriones de mamíferos. En 1969 se inició el cultivo de embriones humanos (Clarke, 2006: 1649; Brinsden, 2011: 3).

caldeadas; [...] cómo (y para ello los llevó al sitio donde se realizaba la operación) este recipiente era sumergido en un caldo caliente que contenía espermatozoos en libertad.³

En la descripción de Huxley ni “la operación voluntariamente sufrida”, ni “los ovarios extirpados”, ni los espermatozoos están vinculados a un cuerpo humano del que provienen. La fecundación no solo ha sido separada de la sexualidad, sino que también han sido borradas las huellas de la genealogía, como si el hecho de que los gametos tengan su origen en una generación humana previa fuese solo un inconveniente que, gracias a la técnica, se consigue por fin eclipsar. Por el contrario, el discurso que emiten nuestras clínicas de fertilidad pone el acento en las figuras paterna y, sobre todo, materna, cuyo deseo de tener descendencia es el motor de un proceso en el que el coito (y, con él, el deseo sexual) ya no tiene presencia (Imagen 1). La clínica de fertilidad se presenta a sí misma como la ayuda necesaria para cumplir el anhelo de ser padre o madre, que se encarna anticipadamente recreando al futuro bebé soñado, tanto verbalmente como mediante imágenes (Imagen 2):

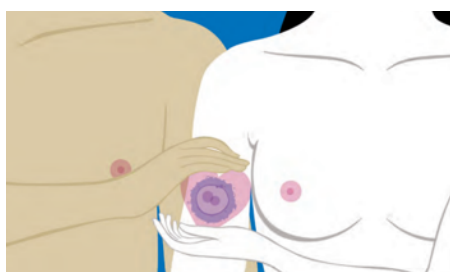


Imagen 1. Fuente: libro monográfico *Saber más sobre Fertilidad y Reproducción Asistida (2011)*, editado por la Sociedad Española de Fertilidad, pág. 46.



Imagen 2. Fuente: publicidad de una clínica de fertilidad privada.

A diferencia del centro imaginado por Huxley, en donde el vínculo familiar queda deshecho y abolido, la clínica de fertilidad es un espacio que consagra modelos de familia. Según Thompson (2002b), en sus prácticas se subraya cierta comprensión del parentesco mientras que se minimizan, e incluso se eliminan, otras formas de creación de vínculos humanos destinados a la crianza. En función de los usos y de la normativa de cada país, la clínica de fertilidad ofrece sus tratamientos a aquellas unidades familiares que se ajustan a los modelos autorizados, consolidando y reproduciendo determinadas concepciones de lo que es una familia. Los tres ejemplos siguientes, que forman parte

³ Huxley, Aldous. *Un mundo feliz*. Barcelona: Plaza & Janés (1976), pág. 20. Traducción: Ramón Hernández.

de la publicidad de una clínica de fertilidad privada española, resumen sendos tratamientos específicos (a saber: el estudio de fertilidad, la ovodonación y el método ROPA), que se destinan, respectivamente, a una pareja de hombre y mujer con problemas de fertilidad (ejemplo 2), a una mujer, con o sin pareja masculina (ejemplo 3), y a una pareja de mujeres (ejemplo 4):

(2)

Estudio de fertilidad de la pareja

¿Queréis ser padres y no lo habéis conseguido?

Os ayudamos a descubrir la causa y encontrar la mejor solución

Cuando una pareja tiene problemas para concebir es fundamental estudiar a ambos miembros para hacer el diagnóstico. Además, en un 30% de los casos la infertilidad se debe tanto a factores masculinos como femeninos, por lo que hacer el estudio en pareja permite agilizar el proceso, así como identificar otros factores de incompatibilidad genética o inmunológica que puedan existir.

(3)

Ovodonación

Una oportunidad para vivir el embarazo

¿Quieres ser madre y disfrutar de la experiencia del embarazo? Con la ovodonación, puedes. Nuestro centro, pionero en reproducción, te garantiza grandes resultados, y el programa de captación de donantes más riguroso a nivel nacional.

La Fecundación in vitro con óvulos donados es una técnica de reproducción asistida que permite inseminar óvulos de una donante con el semen de la pareja receptora (o de un donante) para obtener embriones que se transfieren al útero de la futura madre.

(4)

Método ROPA [Recepción de Óvulos de la Pareja]

¿Estáis pensando en tener un bebé? ¿Os gustaría compartir la maternidad? ¡El método ROPA os lo pone fácil!

Si habéis decidido tener un hijo y las dos queréis participar de forma activa en el embarazo, la mejor elección es la Recepción de Óvulos de la Pareja (ROPA). Este tratamiento se dirige de forma específica a parejas de mujeres, y permite que una de vosotras aporte los óvulos y la otra se encargue de la gestación, por lo que las dos sois madres biológicas y tendréis los mismos derechos y deberes respecto a vuestro futuro bebé.

En ese sentido —y salvando las distancias que hay entre ellas—, la clínica de fertilidad real, más que con la invención de Huxley, estaría emparentada con el balneario donde se sitúa la acción en la novela *La despedida* (1973) de Milan Kundera. En ella el doctor Skreta trata a mujeres que no consiguen quedarse embarazadas y las insemina con su propio esperma, sin informar de ello ni a sus pacientes ni a sus esposos, que harán las veces de padres ignorantes y felices de hijos cuya fisonomía recuerda a la de Skreta:

(5)

Aunque no quería multiplicarse, a Jakub le gustaban los niños.

—Tienen un crío muy simpático —dijo.

—Es muy gracioso —dijo la mujer—. No sé a quién habrá salido con esa narizota tan grande.

A Jakub le vino a la mente la nariz de su amigo [Skreta] y dijo:

—Me contó el doctor Skreta que la había atendido.

—¿Conoce usted al doctor? —dijo con alegría el hombre.

–Es amigo mío –dijo Jakub.
–Le estamos muy agradecidos –dijo la joven mamá y Jakub pensó que éste debía ser uno de los éxitos del proyecto eugenésico de Skreta.
–No es un médico, es un mago –dijo el hombre con admiración.
A Jakub se le ocurrió que los tres parecían en aquel ambiente pacífico, semejante a Belén, la *Sagrada Familia* y que tampoco el hijo que tenían provenía de un padre humano, sino del Dios-Skreta.⁴

Igual que el balneario de Kundera, la clínica de fertilidad no se entiende a sí misma como un enclave de disrupción del orden familiar establecido, sino como un espacio hospitalario de fines continuistas, que se amolda al sistema de parentesco avalado y practicado por la sociedad, a la que se propone darle las satisfacciones reproductivas que no se pueden o no se quieren obtener por medio del coito heterosexual. Su tarea se concibe en términos de ayuda, ya sea en forma de servicio asistencial –procurado gratuitamente por un sistema de sanidad público–, o mediante el pago de servicios –cuando se recurre a una clínica de fertilidad privada que ofrece sus productos en el mercado (Imagen 3)–:



Imagen 3. Fuente: publicidad de una clínica de fertilidad privada.

La clínica de fertilidad reproduce, por tanto, el modelo de familia culturalmente aceptado, pero al mismo tiempo desarticula el monopolio de la cópula sexual entre hombre y mujer como forma de procreación. Implantando formas nuevas de generar seres humanos, la clínica de fertilidad obliga a modificar la narrativa hegemónica de la fecundación (según la cual un hombre y una mujer mantienen una relación sexual y engendran una vida nueva, en un acto íntimo al que cabe añadirle matices más o menos románticos), que queda remplazada por narrativas que tienen el siguiente guion: una mujer sola o una pareja heterosexual u homosexual desea tener descendencia; la clínica de fertilidad determina cuál de las TRA es adecuada a su caso y la aplica sobre el cuerpo o los cuerpos correspondientes; y eventualmente se engendra una vida nueva, que se gesta en un útero. El texto 6, extraído de la web institucional de una clínica de fertilidad privada española, es un ejemplo del nuevo relato de la reproducción, cuyo planteamiento ha cambiado en paralelo al relato que hace la medicina de la reproducción asistida cuando se dirige específicamente a sus propios profesionales, tal como muestra el texto 7, extraído de un manual médico sobre TRA:

⁴ Kundera, Milan. *La despedida*. Barcelona: Tusquets, (2010): págs. 137-138. Traducción: Fernando Valenzuela.

(6)

La Fecundación in Vitro (FIV) es la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio –*in vitro*–, con el fin de obtener embriones ya fecundados para transferir al útero materno y que evolucionen hasta conseguir un embarazo. [...] Es la técnica de Reproducción Asistida más utilizada en las clínicas de Medicina Reproductiva pero será el ginecólogo el que determine, tras un estudio previo sobre las posibles causas de la infertilidad, cuál es la más adecuada para cada caso.

(7)

*Hormonal stimulation protocols are designed to mimic the natural events that lead to production of mature oocytes. In IVF [In Vitro Fertilization] patients, these oocytes are aspirated from the ovarian follicles prior to ovulation and allowed to meet the sperm cells in the Petri dish.*⁵

Los protocolos de estimulación hormonal están diseñados para imitar los acontecimientos naturales que conducen a la producción de ovocitos maduros. En las pacientes de FIV [Fecundación In Vitro], estos ovocitos se aspiran de los folículos ováricos antes de la ovulación y se les deja unir con los espermatozoides en la placa de Petri.

Al margen de la dimensión deseante que les asigna la clínica, en lo que respecta específicamente a la descripción del tratamiento médico, las figuras materna y paterna quedan reducidas a ser el soporte o el continente de los elementos protagonistas de la reproducción (a saber, el óvulo y el espermatozoide, que forman el embrión en un acto regido por los profesionales de la clínica), a lo largo de un proceso que se extenderá hasta el final del tratamiento, cuando se transfiera el embrión al útero gestante y se confirme, en su caso, que se ha producido el embarazo. El espermatozoide pierde el papel de viajero conquistador que le asigna el relato de fecundación tradicional, y es dirigido al encuentro con el óvulo en el interior de la placa de Petri, en el contexto del laboratorio, donde se incuba el proceso. El rol del espermatozoide ya no es activo y dinámico, sino sometido a las decisiones y la actuación del biólogo, que media entre los gametos. Esa pérdida de autonomía se acentúa, aún más, cuando se recurre a una tecnología reproductiva específica, un método llamado fecundación con microinyección intracitoplasmática, que consiste en que el biólogo selecciona un único espermatozoide y lo inyecta, con una aguja, dentro de un óvulo, forzando la fecundación.⁶

En resumen, en el laboratorio de embriología se produce la descorporeización de la concepción (Lam, 2014), que merma la intervención de los progenitores y pasa a ser competencia y

⁵ Granot, Irit y Dekel, Nava (2009). "Preparation and evaluation of oocytes for ICSI". Gardner, David; Weissman, Ariel; Howles, Colin y Shosham, Zeev (eds.) *Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Laboratory and Clinical Perspectives*. Londres: Informa, pág. 108.

⁶ Esa reducción del protagonismo del espermatozoide no es el único argumento que proporcionan las TRA que permite cuestionar las narrativas de fecundación en las que los gametos masculinos ejercen en solitario el rol activo y poderoso. En sus intentos por controlar el cultivo de embriones, la biología hizo un descubrimiento fundamental, que se produjo en el año 1951: tras la eyaculación, los espermatozoides no están todavía preparados para fecundar el óvulo, sino que necesitan pasar por una serie de transformaciones que ocurren en el interior del aparato genital femenino, y que suceden gracias a distintas sustancias liberadas por el útero. Esa maduración de las aptitudes del esperma, a la que la ciencia llamó "capacitación espermática" y que fue un hallazgo clave a la hora de cultivar embriones *in vitro*, contradice la representación del cuerpo femenino como espacio pasivo y desvalido de la fecundación, pero no ha tenido repercusión alguna en la narrativa tradicional sobre la concepción.

obra de médicos y biólogos. En el nivel del discurso, con todo, las TRA se caracterizan por su desagentivación, propiedad que es general en todo texto médico y, en realidad, en los textos producidos en ámbitos especializados. Así, la intervención de los profesionales de las TRA acostumbra a quedar impersonalizada mediante recursos lingüísticos que ocultan su agencia: en el par de ejemplos anteriores, gracias a las fórmulas “con el fin de *obtener* embriones ya fecundados para *transferir* al útero materno”, “Los protocolos de estimulación hormonal *están diseñados*” y “estos ovocitos *se aspiran*”, se logra dejar en la sombra a los profesionales de la clínica de fertilidad y, a cambio, se pone el foco en la acción técnica.

Ahora bien, en los casos en que el discurso de la clínica tiene un componente claramente publicitario (como es el caso de los textos 2 a 4), ese rasgo impersonalizador convive con alusiones explícitas al personal clínico y a la tecnología en tanto que la asistencia necesaria para cumplir el deseo de tener descendencia (“Os ayudamos”, “Nuestro centro te garantiza grandes resultados”, “El método ROPA os lo pone fácil”), lo que tiene una pretensión ligada a estrategias de marketing. Esa función de los profesionales como ayudantes necesarios se mantiene y es reconocida en los relatos de aquellos que han logrado tener descendencia mediante las TRA, hasta el punto de que, según Laufer y Mauron (2006: 46), hay quienes ponen el nombre del ginecólogo al hijo o la hija concebido de forma asistida.

A fin de reforzar su contribución, toda clínica de fertilidad –y, de forma muy particular, las clínicas privadas– publicita sus resultados, esto es, sus tasas de éxito. Para ello, realiza un cálculo de las probabilidades de conseguir el embarazo gracias a los tratamientos que ofrece, tal como ilustra el texto del ejemplo 8, extraído de la web institucional de una clínica de fertilidad privada:

(8)

En el caso de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital V., en 2012 llegaron a punción 269 ciclos en mujeres con una edad media de 36 años y la tasa de éxito (embarazos en función del número de transferencias) fue de un 65,38%.

Este porcentaje sube hasta un 74,03% en el caso de las pacientes que recurren a la donación de óvulos.

Dentro de la FIV [Fecundación In Vitro], la Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides [...] es el tratamiento que mejores resultados está reportando, con una tasa de éxito del 64,90%. Por tramos de edad, los resultados son los siguientes:

- Con menos o 34 años de edad - 69,44%
- Entre 35 y 38 años de edad - 73,49%
- Entre 39 y 42 años de edad - 47,76%

En tal planteamiento la clínica de fertilidad incorpora para sus fines el método estadístico, que en las últimas décadas se ha convertido en parte del instrumental teórico básico de las ciencias de la salud (Dawes *et al.*, 1989). En general, la medicina usa la estadística como forma de predecir, de un lado, el riesgo de desarrollar cierta dolencia y poder desarrollar sistemas específicos de prevención de enfermedades y, de otro lado, la efectividad de un tratamiento determinado aplicado en un paciente concreto. La clínica de fertilidad también recurre a la razón probabilística, pero la aplica a esa enteología que es la vida no concebida, con lo que se adelanta el ámbito temporal del dominio que la

ciencia tiene sobre los cuerpos hasta un momento anterior a su existencia. El objetivo de la llamada “sociedad de control”, que es regular grupos poblacionales en los que el individuo-cuerpo es pensado en términos de individuo-cifra (Deleuze, 1999), llega a la consumación de su obra cuando puede establecer incluso si un individuo llegará o no a ser concebido.

La estadística es integrada por los pacientes que se someten a las TRA en su interpretación del tratamiento. Eso explica que se planteen los intentos de embarazo en términos de juego de azar (Laufer y Mauron, 2016: 65-69): cada uno de los embriones obtenidos en el proceso de reproducción constituye para quien desea tener descendencia una opción para tentar a la suerte y tener fortuna. Un tratamiento de fertilidad es descrito metafóricamente como una lotería o como una inversión, en las que cabe ganar y cabe perder (De Lacey, 2002). Con todo, los discursos que emite la clínica de fertilidad acostumbran a poner el foco en la consecución del premio (el bebé) a través del remedio que proporcionan las TRA, dando una cara amable del proceso, mitigando o incluso dejando fuera de campo la posibilidad del fracaso, e incluso introduciendo en ocasiones sesgos en los resultados (Kath Rothman, 1989: 98-99; Sharif y Afnan, 2003).

3. LA REPRODUCCIÓN COMO TAREA COLECTIVA

Además de ser punto de comunión entre el deseo de procrear y la técnica, lo que pone en evidencia la clínica de fertilidad es que las TRA convierten la reproducción en un cometido en grupo a modo de coreografía en la que participan un conjunto heterogéneo de actores (médicos, biólogos, pacientes, compañías farmacéuticas, etc.) que actúan en pos de un bebé viable (Thompson, 2005). Bien es cierto que, como se desprende de algunas críticas a las TRA, se genera una geometría en el ejercicio de la reproducción que relega a la mujer-madre a uno de sus vértices, lo que puede ser visto como una forma de desapropiación institucionalizada de la maternidad; pero, de otro lado, nada impide proponer una versión distinta, una lectura en la que se focalice el hecho de que los adultos que anhelan tener descendencia encuentran en la clínica de fertilidad un cauce para poder materializar su deseo. Margarete Sandelowski, enfermera en una clínica de fertilidad y feminista, escribía en 1990 un artículo titulado “Fault Lines: Infertility and Imperiled Sisterhood” (*Líneas de fractura: infertilidad y sororidad en peligro*) en el que denunciaba los ataques de cierto feminismo a los tratamientos a los que se someten las mujeres estériles para intentar ser madres. En su opinión, es un error menospreciar el deseo auténtico de tener descendencia y acusar a las pacientes de las TRA de plegarse a la dominación masculina sobre los cuerpos. Obligar a asumir la infertilidad alegando que es un camino hacia la emancipación es, para Sandelowski, exigir a ciertas mujeres comportamientos supuestamente heroicos y, además, recriminarles un deseo genuino y legítimo, que aflora en cuanto se atiende a las experiencias que relatan esas mujeres acerca de su paso por la clínica de fertilidad (Sandelowski, 1990; Denny, 1994; Laufer y Mauron, 2006). En esos relatos hay argumentos para dejar de definir a las mujeres-pacientes de la clínica de fertilidad como seres pasivizados, víctimas de una ciencia-macho que está ávida por fecundar todo útero y ponerlo a producir. En ese sentido, merece ser cuestionada la idea establecida de que la objetivación del cuerpo redunde en todo caso en la pérdida de la agencia y la alienación (Cussins, 1996). Nada impide defender que el desarrollo

científico-tecnológico que suponen las TRA puede ponerse al servicio de los intereses y los afanes de los individuos que, de otro modo, están condenados a no tener descendencia. Las prácticas de la clínica de fertilidad, miradas desde una perspectiva desprejuiciada, pueden contener la idea de que hay desafíos humanos que no es posible resolver en exclusiva en la esfera del individuo aislado, sino configurando una red de agentes heterogéneos. Eso implica dejar a un lado del análisis la noción de jerarquía para empezar a definir la vida en función de las interrelaciones entre actores diversos, entendiendo que además estos ya no establecen vínculos permanentes sino que se asocian puntualmente para satisfacer necesidades específicas.

Para ilustrar esa reconsideración de la clínica de fertilidad, es posible recurrir a un mito clásico, que encarna un esfuerzo plural en la labor de parto que bien merece reivindicarse. Se trata del nacimiento de Hércules, que solo culmina gracias al trabajo solidario de Alcmena, la parturienta, y su criada Galantis. Resulta significativo que, concluida la época clásica, la alianza Alcmena-Galantis no haya sido prácticamente abordada en las producciones culturales; y también lo es que la comadreja, animal en que la diosa Ilitía transforma a la astuta Galantis como castigo por ayudar a Alcmena a dar a luz, se asociara desde pronto en los bestiarios a la reproducción aberrante: a engendrar y a parir por la oreja y por la boca (De Barros, 2015). De hecho, que el alumbramiento haya sido infrarrepresentado en nuestra cultura es algo que concuerda con el lugar privado, doméstico y femenino que se le ha otorgado socialmente hasta que, a lo largo del siglo XX, la ciencia médica y la clínica se empezaron a ocupar de los embarazos y los partos. En ese sentido, la hazaña de Galantis, como mito de la experiencia y el saber privativo de matronas y doulas, ha resultado de poco interés más allá de las paredes de la habitación femenina, reducto de las cuestiones de mujeres.

Frente al parto y la maternidad como una obra colectiva, nuestra cultura ha privilegiado tradicionalmente la representación de la madre que vive su situación de forma exclusiva, solitaria y, en ocasiones, amenazada. Una historia paradigmática de ello, muy repetida y recreada, es el juicio salomónico en que dos madres, una de las cuales ha visto morir a su criatura, se disputan al niño que queda vivo. Más allá del retrato de la madre como figura abnegada —dispuesta al sacrificio propio por el bien del hijo—, ese relato bíblico plantea la maternidad como una vivencia excluyente y feroz, cuya dimensión social solo puede ser agónica y cuyas tensiones calma, en última instancia, una mano masculina. Ese perfil confrontativo de la maternidad es vertebral y pervive, por ejemplo, en las identidades creadas en torno a la fertilidad, noción que genera una dicotomía que divide brutalmente a las mujeres entre las fértiles y las estériles (Sandelowski, 1990). La subjetividad de las segundas se construye en términos de negación, de acceso vetado a la experiencia deseada que sí pueden vivir las primeras, en forma de nostalgia de la fertilidad perdida.

Una fórmula para salir de esa visión opositiva de la maternidad puede ser incorporar las TRA en el acervo corporal de las mujeres y reconocer que la clínica de fertilidad puede ser un espacio donde se generan alianzas humanas y tecnológicas que no merecen pasar desapercibidas, sino puestas de relieve. Uno de esos vínculos es el que une a la mujer gestante y a la mujer que dona los óvulos de la que la primera carece, coalición que puede ser planteada como una de las diversas realizaciones que puede tener el par Alcmena-Galantis. Conviene advertir desde el inicio que también en este punto hay

voces críticas que afirman que la donación de óvulos encubre la venta de material biológico y reproduce privilegios de clase. En efecto, no se puede negar que en el contexto de una sociedad neoliberal y globalizada, las TRA crean posibilidades nuevas para aquellos que pueden costearlas, mientras que circunscriben a otros al papel de proveedores de gametos (Lie y Lykke, 2017: 1), pero ese no parece un argumento válido para rechazar las TRA en sí mismas, sino para reivindicar fórmulas de corrección de un sistema que genera desigualdades. Garantizar verdaderamente el acceso a las TRA a través del circuito de la sanidad pública puede ser una forma efectiva de abogar por una ciencia y una técnica emancipadoras, algo que exige, además, legislar con miras a impedir situaciones de abuso. No en vano los estudios de género que en la última década han abordado la labor de la clínica de fertilidad se orientan, además de a examinar las experiencias reales de pacientes y donantes con el objetivo de dar con una comprensión más profunda y exhaustiva de la reproducción artificial, a poner sobre la mesa las implicaciones de la industria de la procreación. La mirada se ha dirigido a varios frentes: a las desigualdades sociales entre mujeres, a eso que se ha dado en llamar el “turismo reproductivo”, a denunciar las razones laborales que se esconden tras el retraso en la edad a la que se es madre, a las causas del aumento de la infertilidad (vinculadas, entre otras, a cuestiones medioambientales), así como a cuestiones ligadas con cómo regular las TRA de una manera justa para todos los agentes implicados.

Parte del debate sobre la donación de óvulos se ha centrado en si el pago de una compensación económica esconde la explotación de las donantes, poniendo en duda, como contrapartida, la existencia de cualquier motivación altruista. Y, sin embargo, la generosidad hacia otra mujer incapaz de concebir está presente siempre en los relatos de donantes (Orobitg *et al.*, 2013), y en ellos se configuran identidades mucho más complejas de lo que consideran los discursos críticos con esta práctica (Persad, 2012: 84). Por ejemplo, es recurrente que las donantes destaquen su satisfacción al ayudar a una mujer a ser madre gracias a un material biológico al que no se le dará destino alguno, sino que está abocado a ser residuo menstrual (Konrad, 1998: 651; Kirkman, 2003: 7), como también la representación de la donación como primer estadio de un proceso que va a retomar otra mujer (Konrad, 1998). Es justamente en esa alianza reproductiva entre dos mujeres donde puede anclarse una comprensión feminista y liberadora de las TRA.

Hay autores que celebran que la intervención de la clínica logre impedir cualquier relación de parentesco entre la donante y el bebé que llega a la vida gracias a su óvulo, supresión con la que contribuiría de forma decisiva el pago de una compensación económica, pues la ideología vigente sobre la familia no concibe que en la relación filial quepa mediación dineraria (Orobitg *et al.*, 2013). Se toma como algo positivo, asimismo, que, tanto en los relatos de las receptoras como en los de las donantes, la pareja que constituyen se resuelva a favor de las primeras, a las que se le asigna el estatus privilegiado y cuya identidad tiene la fuerza para generar la relación materno-filial: ellas son las verdaderas madres, porque son las que resultan embarazadas, las del vientre que crece y las que paren, las que nutren y cuidan (Weil, 2011: 35-37; Kirkman, 2003: 7). Ese esfuerzo por ensombrecer a la donante se alinea con el esfuerzo por minimizar el valor de los genes, a los que se resta importancia en la constitución de la persona en que se convertirá el embrión. Tal devaluación genética está presente

en los relatos de donantes y receptoras, en los que abunda la idea de que algo específico y genuino se crea y se transmite durante el embarazo entre la madre gestante y el feto, una intuición que, por lo demás, empieza a ser parcialmente confirmada por los estudios en epigenética (Vilella *et al.*, 2015). Las TRA logran privilegiar la filiación sobre la idea de descendencia genética, empleando para ello argumentos semejantes a los que se esgrimen en los procesos de adopción.

Ahora bien, restarle presencia a la donante, opacar su intervención, impide poder tomarse en serio la vida generada mediante tratamientos de reproducción asistida como la consecución colectiva de un logro científico. Se camufla así la naturaleza *cyborg* de las madres receptoras, por tomar el concepto fructífero de Haraway que nos habla “de fronteras transgredidas, de fusiones poderosas y de posibilidades peligrosas que gentes progresistas pueden explorar como parte de un necesario trabajo político” (Haraway, 1995: 262). El poder liberador de las TRA está necesariamente ligado a ser consecuentes con el cambio de paradigma que supone habitar una sociedad en red en la que más importante que la autoría resulta ser la distribución de la información. Si entendemos que, en esencia, los genes son información sobre cómo constituir un cuerpo vivo, el encadenamiento que conforman donante-gestante-bebé es solo una parte mínima de la gran cadena de distribución de información que constituye la especie humana. En ese relato, la figura de la donante no habría de ser soterrada, pues, para empezar, no rivaliza con la receptora en el tablero complejo que es la reproducción por medios artificiales.

Conviene añadir que, aunque se haya demorado más de la cuenta la reflexión acerca de la subjetividad de los humanos concebidos *in vitro* (Sabatello, 2013), cada vez más se defiende el derecho de la persona a conocer si en su concepción participó un donante (ya sea de óvulos, de espermatozoides o incluso de embrión) (Ravitsky, 2017), aunque depende de la regulación de cada país el que se permita disponer de la identidad concreta del donante o solo algunos detalles generales. La creciente literatura infantil dirigida a los bebés probeta prueba la voluntad de contar completamente y de forma certera las biografías que origina la clínica de fertilidad. En el seno de la familia, considerar las TRA implica rediseñar el árbol genealógico para dar un lugar adecuado a los miembros que son concebidos de un modo sin precedente (Laufer y Mauron, 2016: 41). Ese derecho a conocer va en la línea de comprender la reproducción *in vitro* como un trabajo común que no es un remedo de la reproducción *in vivo*, sino una forma alternativa de procrear vida. En paralelo al derecho del bebé probeta, cabría plantearse si es pertinente establecer para el donante el derecho a saber si, a partir de su aportación biológica, se gestó finalmente una vida. Además de ser ese un elemento de producción de sentido de la donación que suele reclamarse en los relatos de las experiencias de donantes, podría afianzar la idea de que la reproducción merece ser entendida como trabajo coral y que es injusto eludir las responsabilidades comunitarias que lleva aparejada.

4. MADRES JUBILEAS: TRA Y NUEVAS SUBJETIVIDADES

¿Puede ser considerada estéril una mujer cuya reserva ovárica es nula pero que ha gestado y alumbrado un bebé? ¿Y un hombre cuyo espermatozoides no puede fecundar por sí mismo, sino que requiere

de la intervención de un biólogo pertrechado del instrumental del laboratorio de embriología? La clínica de fertilidad pone en cuestión la validez de la oposición fértil-estéril con una eficacia abrumadora. Aquellas críticas a las TRA que las han acusado de aprehender los cuerpos y convertirlos en un campo de producción (pasivo y explotado, reducido a ser órganos reproductivos) deben reconocerles, como mínimo, que han asestado un golpe contundente al estatuto de la fertilidad y, en concreto, a la esterilidad como estigma y como causa de sufrimiento. La ampliación de las posibilidades de la maternidad y de la paternidad que ofrecen las TRA va acompañada de la configuración de nuevas formas de subjetividad, tanto en relación con los progenitores como con su prole, cuyo alcance y cuyas implicaciones habrá que ir desentrañando. Aunque la lista es mayor —y tiene, como subjetividad central, la del bebé probeta—, se aborda aquí a modo de ejemplo una de ellas, la de la madre jubilea. Su nombre alude a la celebración judía que establece el *Levítico*:

(9)

Declararéis santo el año cincuenta y proclamaréis la liberación a todos los habitantes de la tierra. Será para vosotros año jubilar; cada uno de vosotros recobrará su propiedad y retornará a su familia (*Levítico 25: 10*).

No todas las mujeres que recurren a las TRA son incapaces de concebir por medio del coito heterosexual: se cuentan también entre ellas parejas de lesbianas que desean gestar en el cuerpo de una con el óvulo de la otra; mujeres que necesitan preservar su fertilidad congelando sus óvulos (para poder, por ejemplo, someterse a un tratamiento oncológico que probablemente esquilme su reserva ovárica); parejas portadoras de una enfermedad genética que buscan que sus hijos nazcan libre de ella, etc. No obstante, es un hecho que una parte importante de las pacientes de la clínica de fertilidad son mujeres con problemas más o menos severos para concebir, cuyos cuerpos consiguen, gracias a las TRA, adentrarse a la maternidad por una grieta abierta por medios tecnológicos y revertir una condena que parecía indeleble. La maternidad jubilea es la recuperación de la libertad reproductiva. Supone establecer que la vía única que conducía a la prole ha sido por fin multiplicada y que, desde ahora, tenemos al alcance herramientas que permiten sobreponernos a ciertas limitaciones de los ovarios, pues no son tan resistentes ni tan definitivas como parecían en un principio. Para las madres jubileas, la infertilidad como consecuencia del paso del tiempo en el cuerpo es anulada; la infertilidad como efecto secundario de un fármaco o un tratamiento clínico es resarcida por la propia medicina.

Hay una obra de Tiziano que incluye un personaje que puede ser interpretado como una mujer al encuentro de la maternidad jubilea. Aparece en una recreación del mito de concepción de Perseo. Dánae, encerrada en una torre por su padre, recibe a Zeus, que la fecunda en forma de lluvia de oro. A su lado hay una mujer, que en una interpretación ortodoxa representa a la guardiana del castillo: según algunos, parece querer impedir que la lluvia divina alcance a la prisionera; según otros, se ha dejado comprar con monedas de oro y ha permitido que la cautiva yazca con el dios. Ahora bien, si la miramos desde otro punto de vista, es también un cuerpo femenino que acoge el regalo de la fecundación por una vía alternativa. Su piel es oscura. A diferencia del cuerpo pletórico y desnudo de Dánae, abierto a la cópula, el suyo es maduro, está vestido y permanece en la sombra, es tallado y musculoso. Todo apuntaría a que el tiempo de procrear quedó atrás para ella y, sin embargo, tiene

atadas a su cintura las llaves de la reproducción, que sitúan su deseo de ser madre en el terreno de lo científicamente factible.



Imagen 4. *Tiziano, Dánae recibiendo la lluvia de oro (1560-1565), Museo del Prado.*

Una de las transformaciones más radicales que provoca en el cuerpo femenino la reproducción asistida es la cronológica.⁷ Para que puedan quedarse embarazadas, a las madres jubileas se les induce, mediante el uso de fármacos, un ciclo menstrual artificial. El consumo de hormonas (a lo largo de las horas y de los días) se convierte en un generador de tiempo reproductivo y, a su paso, de un espacio uterino receptivo al embrión que se cultiva en el laboratorio. Así, la maternidad jubilea consigue subvertir el orden previo, con su ritmo propio, modificándolo para reproducir tecnológicamente el arrancar de un embarazo (con sus fases, sus cambios y sus procesos), cuyo suceder es operado y monitorizado por el ginecólogo, que crea un calendario específico y nuevo para el cuerpo que trata. Esa ruptura temporal es la consecuencia de la amnistía reproductiva a la que deciden acogerse las madres jubileas, que por elección imponen a su cuerpo la amnesia, el olvido de que un día fueron estériles. Su proceder se opone, en ese sentido, al del mito de la maternidad

⁷ En realidad, todos los tratamientos que se llevan a cabo en la clínica de fertilidad permiten controlar el tiempo: se altera, por ejemplo, el tiempo que media entre la eyaculación y la fecundación del óvulo, y se modifica el ciclo reproductivo vital de la mujer que decide preservar sus óvulos para poder retrasar la maternidad más allá de la menopausia. El laboratorio también genera una temporalidad propia para cada embrión cultivado *in vitro*, que se inicia cuando el biólogo propicia la fecundación y culmina cuando el embrión es transferido por el ginecólogo al útero que lo ha de gestar. En el intervalo, el embrión atraviesa las mismas fases que si hubiera sido fertilizado *in vivo*, con la salvedad de que su evolución es observada y se vuelve operativa. Se valora la calidad morfológica de cada embrión, estimando las probabilidades que tiene de anidar efectivamente en el vientre femenino; se decide, llegado el caso, cuál es el momento oportuno para introducirlo en el útero o para criopreservarlo, con el objetivo de poder usarlo en el futuro, incluso muchos años después. Se controla y se registra cada cambio, su avance apropiado o, por el contrario, la detención de su desarrollo y su malogro; y de todo ello es informado quien aspira a convertirse en padre o en madre, que desarrolla hacia el embrión que crece en el medio de cultivo —y hasta hacia el que espera congelado en el laboratorio— una relación afectiva de tipo paterno/materno-filial anticipada que equipara embrión y bebé (Laufer y Mauron, 2016: 27-28). En ese sentido, se puede afirmar que las TRA hacen emerger una subjetividad maternal y paternal cada vez más densa y extensiva.

prodigiosa, de la gestación como reversión en el tiempo corporal que es concedida como un don divino, tal como le ocurrió a Sara en el *Génesis*:

(10)

Dijo entonces aquél: “Volveré sin falta a ti pasado el tiempo de un embarazo, y para entonces tu mujer Sara tendrá un hijo”. Sara lo estaba oyendo a la entrada de la tienda, a sus espaldas. Abrahán y Sara eran viejos, entrados en años, y a Sara se le había retirado la regla de las mujeres. Así que Sara rio para sus adentros y pensó: “Ahora que estoy pasada, ¿sentiré el placer, y además con mi marido viejo?”. Dijo Yahvé a Abrahán: “¿Por qué se ha reído Sara, pensando: ‘¡Seguro que voy a parir ahora de vieja!’? ¿Hay algo difícil para Yahvé? En el plazo fijado volveré, al término de un embarazo, y Sara tendrá un hijo” (*Génesis* 18: 10-14).

No es la visita dadivosa de dios la que abre la puerta a la maternidad de las mujeres que recurren a la clínica de fertilidad, sino la técnica. El jubileo no lo propina dios, sino que es un acontecimiento sistemático que –según la esencia propia del *Levítico*– proviene de la ley que ha de regir ciertos aspectos de la vida de la tribu. Supera la maternidad milagrosa regulando la excepción. La idea de concebir cuando el cuerpo ha envejecido ya no provoca la risa de Sara, pues no parece un disparate cuyo origen solo puede ser celestial. Es una posibilidad cierta que nace de la voluntad de ser madre y que cada vez en más casos hace factible la ciencia humana, lo que nos obliga a pensar una y otra vez los límites de tipo biológico, social y ético que nuestra sociedad –nuestra tribu– debe imponerles a las TRA. Al mismo tiempo, no podemos dejar la ocasión de abrirnos a las implicaciones de las nuevas formas subjetivas que genera la ciencia, pues quizá encierran la oportunidad de hacer un trabajo político con potencial emancipador. Así, por ejemplo, la madre jubilea es una criatura que –aún más radicalmente que la madre gestante de Esposito (2005: 241)– encarna la idea revolucionaria de que el cuerpo es algo inacabado y permeable, en relación permanente con su entorno, que lo atraviesa y lo transforma en un proceso instrumentado por el propio sistema inmunológico, que ya no puede ser visto como una organización defensiva sino como un proceso siempre abierto de diálogo y de definición del yo. La madre jubilea integra en su vientre, nutre y protege al embrión que reúne materiales genéticos de dos extraños (que es, por tanto, lo absolutamente otro), en virtud de un complejo trabajo de inmunidad que opera hacia el exterior y también hacia el interior. El útero jubileo acepta lo ajeno y responde a ello, y de su contestación no solo emerge la maternidad que parecía impensable, sino también la producción de una vida nueva que, tras la gravidez, será depositada en el afuera. Alejandra Pizarnik escribió un poema, dedicado a su vez a un poema de Silvina Ocampo, que permite representar claramente esta idea:

(11)

Tu modo de silenciarte en el poema.
Me abrés como a una flor
(sin duda una flor pobre, lamentable)
que ya no esperaba la terrible delicadeza
de la primavera. Me abrés, me abro,
me vuelvo de agua en tu poema de agua

que emana toda la noche profecías.⁸

Igual que el embrión formado por un óvulo y un espermatozoide ajenos, el poema de Ocampo tiene dos efectos en el yo poético que no se pueden deslindar. En primer lugar, el yo se abre, como una flor inesperada, nacida a destiempo, por la intervención de lo otro (*me abris*), pero también como una respuesta que permite el propio cuerpo (*me abro*, provocho mi transformación). La variación enriquecedora que propicia la irrupción de lo extraño solo puede materializarse porque existe un yo habilitado para el cambio: la madre jubilea no cuenta con óvulos aptos, pero sí con un útero funcional, un nido en el que dar cobijo y nutrir al embrión extranjero, llevándolo a la vida. En segundo lugar, el poema de agua de Ocampo germina en otro cuerpo que, siguiendo una cadena en la que se fusiona lo exterior y lo interior, deposita en el afuera un nuevo poema de agua, que a la larga también verá sus frutos. De forma idéntica, la madre jubilea recibe el embrión-otro y, después de hacerlo crecer — primero como feto, luego como bebé—, deposita en el mundo un ser nuevo, una reelaboración que es a la vez todo lo anterior y una construcción biológica única.

En esos términos debe entenderse el nacimiento, en 2006, del hijo de Louise Brown. La primera bebé probeta daba a luz un niño concebido *in vivo*, cuyo nacimiento integraba en el encadenamiento genealógico que constituimos todos los seres humanos a cuerpos originados en un coito heterosexual y a cuerpos cuya génesis está en una placa de Petri. No hay distinción entre ellos (ni física, ni emocional, ni intelectual), según han demostrado las investigaciones al respecto (a modo de ejemplo, puede verse el estudio de Lazaratou y Golse, 2006). Las rutas por las que se llega a ser un humano se vuelven complejas; las narrativas biográficas se diversifican, y cuando lo requieren integran lo artificial, sin concebirlo como un desdoro. La vida se ha convertido en una sala de entrada múltiple, un logro que no permite ser entendido al margen de las alianzas reproductivas que propician las TRA y que, además, dinamita las certezas biológicas desde su base. Esa crisis no puede ser tomada sino como la oportunidad para imaginar nuevos significados e imágenes que muestren caminos para dotarnos de subjetividades cada vez más insólitas y liberadoras.

⁸ Pizarnik, Alejandra. “A un poema acerca del agua, de Silvina Ocampo”. *Poesía completa* (2003). Barcelona: Lumen, pág. 356.

BIBLIOGRAFÍA

- BARKER, Kristin. "A Ship upon a Stormy Sea: the Medicalization of Pregnancy". *Social Science & Medicine* 47(8) (1998): 1067-1076.
- BOLTANSKI, Luc (2004). *La Condition Foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. París: Gallimard.
- BRINSDEN, Peter (2011). "The evolution of ART". DONNEZ, Jacques y KIM, Samuel (eds.). *Principles and Practice of Fertility Preservation*. Cambridge: Cambridge University Press: 1-10.
- BRUBAKER, Sarah y DILLAWAY, Heather. "Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences". *Sociology Compass* 3(1) (2009): 31-48.
- CLARKE, Gary. "A.R.T. and history, 1678-1978". *Human Reproduction* 21(7) (2006): 1645-1650.
- CUSSINS, Charis. "Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics". *Social Studies of Science* 26(3) (1996): 575-610.
- DAWES, Robyn; FAUST, David y MEEHL, Paul. "Clinical Versus Actuarial Judgment". *Science* 243(4899) (1989): 1668-1674.
- DE BARROS, Isabel María. "Parir por la boca. Vicisitudes de un tema sorprendente del imaginario de la comadreja". *Lectura y Signo* 10 (2015): 73-86.
- DE LACEY, Sheryl. "IVF as lottery or investment: contesting metaphors in discourses of infertility". *Nursing Inquiry* 9(1) (2002): 43-51.
- DELEUZE, Gilles (1999). "Post-scriptum sobre las sociedades de control". Deleuze, Gilles: *Conversaciones 1972-1990* (272-286). Valencia: Pre-textos.
- DENNY, Elaine. "Liberation or oppression? Radical feminism and in vitro fertilization". *Sociology of Health & Illness* 16(1) (1994): 62-80.
- ESPOSITO, Roberto (2005). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GORDON, Linda (1976). *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*. Nueva York: Grossman/Viking.
- GUPTA, Jyotsna A. y RICHTERS, Annemiek. "Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination". *Bioethical Inquiry* 5 (2008): 239-249.
- HARAWAY, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La invención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- KATZ ROTHMAN, Barbara (1989). *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society*. Nueva York: W.W. Norton and Co.

- KIRKMAN, Maggie. "Egg and Embryo Donation and the Meaning of Motherhood". *Women & Health* 38(2) (2003): 1-18.
- KONRAD, Monica. "Ova Donation and Symbols of Substance: Some Variations on the Theme of Sex, Gender and the Partible Body", *The Journal of the Royal Anthropological Institute* 4(4) (1998): 643-667.
- LAM, Carla (2014). *New Reproductive Technologies and Disembodiment. Feminist and Material Resolutions*. Nueva York: Routledge.
- LAUFER, Dominique y MAURON, Véronique (2016). *Voyage en zygotie. Histoires d'embryos*. Nante: Cécil Default.
- LAZARATOU, Hélène y GOLSE, Bernard. "Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA)". *La psychiatrie de l'enfant* 2(49) (2006): 573-599.
- LIE, Merete y LYKKE, Nina (2017). "Editorial Introduction". Lie, Merete y Lykke, Nina (eds.) *Assisted Reproduction Across Borders: Feminist Perspectives on Normalizations, Disruptions and Transmissions*. Nueva York: Routledge: 1-21.
- MARTIN, Emily. "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles". *Signs* 16(3) (1991): 485-501.
- MCCULLOH, David (2009). "Quality control: maintaining stability in the laboratory". GARDNER, David; WEISSMAN, Ariel; HOWLES, Colin y SHOSHAM, Zeev (eds.) *Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Laboratory and Clinical Perspectives*. Londres: Informa: 9-24.
- MOORE, Lisa Jean (2007). *Sperm Counts. Overcome by Man's Most Precious Fluid*. Nueva York: New York University Press.
- OAKLEY, Ann (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. New York: Basil Blackwell.
- OROBITG, Gemma; BESTARD, Joan y SALAZAR, Carles. "El cuerpo (re)productivo. Interés económico y altruismo social en las experiencias de un grupo de mujeres donantes de óvulos". *Revista Andaluza de Antropología* 5 (2013): 91-104.
- PARRY, Diana. "Women's lived experiences with pregnancy and midwifery in a medicalized and fetocentric context: Six short stories". *Qualitative Inquiry* 12 (2006): 459-471.
- PAULSON, Richard; REINDOLLAR, Richard y DOODY, Kevin. "Toward standardizing the embryo transfer procedure: from 'how to' to 'how many'". *Fertility and Sterility* 107(4) (2017): 880-881.
- PERROTTA, Manuela (2008). "The organizational construction of the body in assisted reproductive technologies". MOLFINO, Francesca y ZUCCO, Flavia (eds.). *Women in Biotechnology*. Nueva York: Springer:171-181.

- PERSAD, J.D. "Egg Donation: Women, Assisted Human Reproduction, and Feminism". *Ignite* 4(1) (2012): 83-90.
- RAVITSKY, Vardit. "The right to know one's genetic origins and cross-border medically assisted reproduction", *Israel Journal of Health Policy Research* 6 (2017): 3.
- RÚDÓLFSDÓTTIR, Annadís. "I am not a patient, and I am not a child: The Institutionalization and Experience of Pregnancy". *Feminism & Psychology* 10 (2000): 337-350.
- ROTHMAN, Barbara (1991). *In Labor: Woman and Power in the Birthplace*. Nueva York: W.W. Norton.
- SABATELLO, Maya. "Are the Kids all right? A Child-centred Approach to Assisted Reproductive Technologies". *Netherlands Quarterly of Human Rights* 31(1) (2013): 74-98.
- SANDELOWSKI, Margarete. "Fault Lines: Infertility and Imperiled Sisterhood". *Feminist Studies* 16(1) (1990): 33-51.
- SHARIF, Khaldoun y AFNAN, Masoud. "The IVF league tables: time for a reality check". *Human Reproduction* 18(3) (2003): 483-485.
- SHOWDEN, Carisa (2011). *Choices Women Make: Agency in Domestic Violence, Assisted Reproduction, and Sex Work*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- THOMPSON, Charis (2002a). "Fertile ground: feminists theorize infertility". Inhorn, Marcia y van Balen, Frank (eds.) *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. California: University of California Press: 52-78.
- THOMPSON, Charis (2002b). "Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic". FRANKLIN, Sarah y MCKINNON, Susan (eds.). *Relative Values: Reconfiguring Kinship Studies*. North Carolina: Duke University Press, 175-202.
- THOMPSON, Charis (2005). *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge: MIT Press.
- VILELLA, Felipe; MORENO-MOYA, Juan; BALAGUER, Nuria; GRASSO, Alessia; HERRERO, María; MARTÍNEZ, Sebastian; MARCILLA, Antonio y SIMÓN, Carlos. "Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome". *Development* 142 (2015): 3210-3221.
- WALLACE, Lora E. y CHASON, Holly. "Infant Feeding in the Modern World: Medicalization and the Maternal Body". *Sociological Spectrum* 27(4) (2007): 405-438.
- WEIL, Éva. "Que transmettent les cigognes ?". *Champ psy* 2(60) (2011): 27-39.
- ZWELLING, Elaine. "The Emergence of High-Tech Birthing". *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 37(1) (2008): 85-93.



POBREZA

Poverty

MARTÍ PERAN

UNIVERSITAT DE BARCELONA (ESPAÑA) martiperan@gmail.com

Profesor titular del Departamento de Historia del Arte de la Universitat de Barcelona.

RECIBIDO: 12 DE OCTUBRE DE 2017

RESUMEN: Mediante la narración postmoderna o la narración liberal, se impone por igual una conclusión taxativa: la historia ha finiquitado y lo que queda por hacer es nada o —para quien no quiera quedar definitivamente excluido— desarrollar la mejoría infinita de lo mismo gracias a la biología y la informática. El presente se impone con absoluta soberanía puesto que ni es necesario mirar atrás para tomar el empuje hacia un adelante desconocido, ni es necesario rumiar un futuro ajeno al mero perfeccionamiento del presente. La historicidad en suspenso crónico. Es en esta perspectiva que nuestra argumentación deberá focalizarse en la descripción de las causas de esta supuesta suspensión del tiempo histórico, que nos priva de lo nuevo y encierra el porvenir, hasta instalarnos en el exceso de un presente dilatado hasta la saciedad o en el abuso de una absurda retromanía compensatoria. En cualquier caso, el malestar describe el estado psicológico que caracteriza el grueso del cuerpo social

PALABRAS CLAVE: Pobreza, Malestar, Aceleración, Miedo, Copia, Fin.

ACEPTADO: 2 de noviembre de 2017

ABSTRACT: Through the postmodern narrative or the liberal narrative, a restrictive conclusion applies alike: history has done and what remains to be done is nothing or - for who does not want to be definitely excluded- develop the infinite improvement of it thanks to the biology and computer science. Present is imposed with absolute sovereignty since it is not necessary to look back to take the thrust was an ahead unknown, nor is it necessary to mulling over a future beyond the mere improvement of the present. Historicity in chronic suspense. It is in this perspective that our argument should focus on the description of the causes of this alleged suspension of historical time, which deprives us of the new and holds the future, to settle in excess of a dilated present over and over again or abuse of an absurd compensatory retromania. In any case, upset describes the psychological state that characterizes the social body thickness

KEYWORDS: Poverty, Discomfort, Acceleration, Fear, Copy, End.

Martí Peran.
"Pobreza".

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 129-144.
DOI: 10.7203/KAM. 10.10837 ISSN: 2340-1869

Se ha afirmado con certeza que el siglo XX fue corto, apenas comprendido entre el estallido de la Primera Guerra Mundial (1914) y el colapso de la Unión Soviética (1991).¹ En cualquier caso, y a pesar de que se vio obligado a contener los excesos del utopismo decimonónico por su doble encontronazo con la barbarie, el siglo tuvo tiempo suficiente para confiar en un futuro plausible y pragmático mientras se apresuraba a definir el estado del bienestar. Tras el segundo diluvio bélico, la optimista literatura futurista perdió protagonismo, pero en su lugar apareció un estado protector que prometía el progresivo crecimiento de los coeficientes de confort material y personal. En realidad se trataba de poco menos que una suerte de pacto mediante el cual, las clases trabajadoras abandonaban sus veleidades revolucionarias a cambio de garantizarse un horizonte de futuro de corto alcance, con perfil doméstico, pero de crecimiento seguro a lo largo de los escalones de sucesivos convenios. El futuro soñado desde las barricadas fue reemplazado por el crecimiento paciente de un confort abastecido de electrodomésticos y periodos vacacionales. Esta reducción de expectativas permitió continuar alentando la idea de futuro gracias a su combinación meticulosa con empresas más ambiciosas, como la conquista del espacio y el desarrollo tecnológico que, a otra escala, permitían mantener operativa la ilusión de un mañana cargado de novedades todavía imprevisibles. La quiebra lenta se produce durante las dos últimas décadas del siglo *corto*. En 1971 se abandona definitivamente el Patrón oro que mantenía la regulación financiera y se inicia la expansión del capital abstracto y especulativo; inmediatamente, la crisis del petróleo de 1973 ponía en evidencia las vulnerabilidades del sistema, atropellado de nuevo y desde otro flanco cuando en 1981 se identifica con pavor el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) haciendo tambalear las expectativas del reciente reencuentro con los cuerpos; poco después, se producían la caída del muro de Berlín (1989) y la desaparición de la Unión Soviética (1991) que, si bien las prometían felices al representar el cierre de la guerra fría, pronto se tradujeron en la ilustración palpable del final de las utopías de masa. Así pues, a final del siglo, el futuro ya empezaba a sucumbir. No es menos cierto que, a partir de entonces, también emergieron una colección de realidades cargadas de promesas de mejora: el definitivo desarrollo de Internet y la cultura digital, la generalización de una conciencia ecológica, el progresivo reconocimiento del derecho de las minorías o unos índices de crecimiento económico que, por escaso tiempo, multiplicaron el grosor de la denominada clase media con acceso a numerosos servicios y placeres. Pero por debajo de esta escenografía de progreso, los acontecimientos del verdadero final del siglo XX actuaron como una carcinoma que acabó por envolver todas estas supuestas conquistas: la promesa de pluralidad de la revolución digital no se ha cumplido sino que, por el contrario, ha favorecido la conexión global con el relato hegemónico; la ecología se ha convertido en paliativa frente a la magnitud de los desastres; los derechos padecen una clara involución bajo los argumentos de seguridad imperativa y, por fin, el crecimiento perdió cualquier principio de equidad y lo que parecía un progresivo enriquecimiento, resultó que era crediticio y se ha convertido en una deuda impagable. En otras palabras, a pesar que hay un cierto consenso en localizar la actual crisis de la idea de futuro en época muy reciente, pudiera ser que los resortes que la

¹ Eric Hobsbawn. *The age of extremes. The short twentieth century, 1914-1991*. Michel Joseph ed. Londres, 1994.

fomentan descansen en raíces un tanto anteriores. Lo que en realidad acortó el siglo xx fue un sigiloso y prematuro envejecimiento del futuro.

A la sombra de lo que acabamos de resumir, a lo largo de las páginas siguientes vamos a intentar describir las causas más reconocibles que han determinado el descrédito que hoy padece la idea de futuro hasta su radical empobrecimiento. La urdimbre de ingredientes que exige esta operación es harto compleja, así que intentaremos construir una visión panorámica, bajo distintos epígrafes generales, que permita al menos insinuar la multiplicidad de elementos que entran en juego. Por otra parte, la relación de enunciados tampoco presupone un orden racional que los interprete según la secuencia de causa y efecto; en realidad se trata de procesos que se solapan entre sí hasta urdir una trama. Las entradas que proponemos apuntan pues en distintas direcciones: el malestar generalizado; el hedonismo del consumo y el imperativo de la actualización; la aceleración ensimismada; el repliegue ocasionado por el miedo; la oxidación de la imaginación; el desprestigio de la ficción utópica en beneficio de un interés creciente por lo distópico y, finalmente, la apoteosis del tiempo real mediado por la obsesión por la transmisión. Solo la intersección de todas estas dinámicas permitirá reconocer el substrato que cancela el futuro, incluso hasta hacerle perder el pequeño halo de brillo que conservó durante el corto siglo pasado.

MALESTAR. En los estudios sociales de los últimos años se apela con insistencia al malestar para describir el estado psicológico que caracteriza el grueso del cuerpo social.² Lo certero del diagnóstico se fundamenta en la posibilidad que contiene la noción de malestar para reconocer dos procesos que, a pesar de su clara intersección, son de perfil muy distinto: el malestar como consecuencia de la precariedad laboral y el desmantelamiento del estado del bienestar; y el malestar concebido como la amalgama de patologías- las enfermedades del vacío existencial- derivadas de las nuevas consignas del capital. La una crece al cobijo de la otra y viceversa; pero ambas merecen una descripción específica para comprender su verdadera magnitud.

La precariedad laboral que convierte la posibilidad de obtener un trabajo digno y estable en una quimera, es una consecuencia directa del asalto del modelo liberal al estado social que se ha justificado bajo múltiples argumentos: la necesidad de mantener la competitividad en el paso de la sociedad industrial a una sociedad de servicios, los efectos de las crisis financieras que obligan a contener las políticas públicas, la necesidad de aliviar los índices de desempleo aunque sea ofreciendo un trabajo bajo condiciones paupérrimas, los avances tecnológicos que eliminan la exigencia de una convencional fuerza de trabajo,... y tantas otras disculpas; ocultando que la precariedad generalizada no obedece a una disfunción coyuntural que aspira a corregirse sino que, por el contrario, la precariedad misma es un elemento estructural

² Véase, por ejemplo, José Luis Pardo. *Estudios del malestar. Políticas de la autenticidad en las sociedades contemporáneas*. Editorial Anagrama. Barcelona, 2016.

fundamental en el modo de regulación capitalista actual.³ La precariedad, en efecto, comporta muchos beneficios colaterales: opera como una estrategia disciplinaria, garantiza la flexibilidad que exige el nuevo mercado laboral y mantiene el bajo coste de la producción. La consecuencia de esta mal denominada desregulación- puesto que está planificada- es la desaparición de las condiciones de protección negociada que garantizaba el keynesiasismo y la socialdemocracia, substituidas ahora por el abandono absoluto de las viejas clases asalariadas. Hoy es cada cual quién debe resolver por sí mismo sus necesidades, saltando de una ocupación a otra o actuando como un emprendedor que batalla infructuosamente para mantener los índices del bienestar y, si no prospera en esta empresa, el malestar resultante es de su exclusiva responsabilidad. Bajo esta nueva organización del trabajo, el precariado prolifera y con él se agranda la *masa de incertidumbre*. En las últimas décadas se han incrementado los índices de desigualdad debido a esta precarización galopante de la esfera laboral, pero la mayor pobreza es la que se deriva de la imposibilidad de pensar el futuro en estas condiciones. Para el precariado ya no hay largo plazo y el mañana no es más que una región poblada de inseguridades. Por otra parte, en la medida que el porvenir decae en la pobre ficción retrógrada de añorar el bienestar de la generación anterior, se abona el terreno para los celebrados populismos que metabolizan este malestar por la derecha y por la izquierda, prometiendo el restablecimiento de la estabilidad perdida. El futuro se hace pasado en su versión más deprimida.

La depresión y el estrés se han reconocido como patologías que crecen exponencialmente en el marco de la nueva cultura del capital. La precariedad laboral está en la raíz de esta situación en la medida que el trabajador precario se ve obligado a volcar la totalidad de su tiempo en la ideación de fórmulas para afrontar sus necesidades básicas. Pero el malestar también se acrecienta en otra dirección a medida que la producción de mercancías y servicios se ha desplazado progresivamente hacia la producción de identidad. A día de hoy, el eje de la plusvalía lo constituye la movilización derivada del esfuerzo continuado por ser uno mismo. Todas y cada una de las acciones que emprendemos para producir una vida propia se ha convertido en la principal nueva fuerza productiva en la era psicopolítica.⁴ Las ordenes referidas a la obligación de hacerse a sí mismo y por sí mismo, han convertido al sujeto contemporáneo en una máquina obsesionada en la producción de su propia identidad en competencia continuada con el resto de individuos. Para alcanzar el objetivo de ser alguien, cada cual debe explotarse a sí mismo en el interior de una multitarea insaciable. No es extraño que esto suceda cuando el mercado tradicional necesita menos fuerza de trabajo en el sentido

³ Hay numerosos trabajos sobre esta cuestión; pueden consultarse Richard Sennett. *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Editorial Anagrama. Barcelona, 2013 y Maurizio Lazzarato. *Por una política menor*. Traficantes de sueños. Madrid, 2006.

⁴ La psicopolítica se fundamenta en la “optimización mental” y la explotación de la emoción para su mercantilización mediante Big Data (Byung-Chul Han. *Psicopolítica*. Herder. Barcelona, 2014).

ordinario. El modo de hacer rentables a los precarios y a los abandonados a su suerte consiste en convencerles de que pueden convertirse en emprendedores de sí mismos, permanentemente ocupados en una modalidad perversa del clásico *cuidado de sí*. El abandono se camufla en un aparente incremento de la libertad individual y la vieja idea de una posible perfección del conjunto del cuerpo social se substituye por la exigencia de mejorarse a sí mismo y mejorar la posición individual en el mercado. En la medida que el horizonte de mejora es insaciable y ha de ser permanentemente actualizado, el emprendedor de sí mismo, más allá de acumular éxitos o fracasos, no puede sosegar en ninguna de sus individuaciones. El único modo de que dispone el sujeto para producirse a sí mismo pasa por la periódica actualización del *perfil* con el que se manifiesta y por la exposición permanente del (auto)proyecto singular que lo mantiene atareado. Los objetivos y los proyectos pierden así su condición de futuribles y se convierten en su propia finalidad: ya no seremos en función del grado en que se cumplan nuestros objetivos, sino que somos en función de tener *ahora* algún objetivo que nos moviliza. Esta lógica insensata instala al sujeto contemporáneo en una suerte de energía nerviosa, de tiempo caótico y repleto, que lo ocupa por completo hasta consumir, paradójicamente, una existencia vacía: hace todo y de tantas maneras que no se reconoce en nada. El resultado de este esfuerzo de autorealización constante es un malestar y una fatiga que tienen una apariencia biológica y psicológica, pero que arraigan en una condición política.⁵ Sin embargo, la cultura del dopaje y la autoayuda contribuyen a despolitizar este malestar y lo proyectan exclusivamente en el ámbito de la responsabilidad personal, lo que incrementa la dimensión de la epidemia depresiva. En estas condiciones la vida queda acotada en el circuito cerrado que la balancea entre la euforia y la enfermedad, obturando toda posibilidad de futuro fuera de esta movilización ensimismada.

ACTUALIZACIÓN. El desasosiego intermitente acude a la farmacología y a la literatura de autoayuda con extrema facilidad, convertidas en una oferta de consumo de crecimiento exponencial. Sin embargo, la necesidad apremiante de analgésicos encuentra una válvula de escape inmediato en el consumo intempestivo de cualquier otro tipo de bienes. En el intervalo de tiempo entre las tomas de las dosis prescritas y las lecturas para fomentar la autoestima, nada parece restablecer más rápidamente la paz interior que concederse, una y otra vez, una experiencia de *shopping*. Hay una correlación simétrica entre los grados de preocupación e inseguridad y los índices de consumo debido a que la adquisición de mercancías, otorga una satisfacción inmediata por su capacidad para restablecer unas dañadas señas de identidad. El malestar apunta directamente hacia la integridad personal, así que nada mejor que recomponerla rápidamente mediante una nueva equipación definitoria de un estilo de vida en permanente reconstrucción. Si durante la modernidad y la posmodernidad el capital ya había convertido el consumo en la piedra angular de la esfera social; el

⁵ Hemos tratado esta cuestión en Martí Peran. *Indisposición General. Ensayo sobre la fatiga*. Editorial Hiru. Ondarribia, 2015.

sujeto de hoy lo redobló convirtiéndose en un “hiperconsumidor”⁶ al priorizar la declinación emocional y existencial de la experiencia de compra. El consumo ansioso por restablecer una felicidad privada ya no responde ni al principio de democratizar el acceso a los bienes materiales, ni a la mera liberación de una economía del deseo. Se trata de un consumo instalado exclusivamente en la “hedonia depresiva”,⁷ la incapacidad de actuar fuera de la búsqueda de un placer que no solo se reconoce caduco, atravesado por una obsolescencia estructural- más allá de la programada- que alimenta la ansiedad por la renovación inminente, sino que, además, consiste en un placer consciente de la vacuidad egocéntrica en la que se sostiene: “Siempre nos ocurre lo mismo; nos convencemos que gastamos dinero que no tenemos en cosas que no necesitamos para causar una buena impresión no duradera frente a personas que no nos interesan”.⁸ Esta suerte de peculiar negatividad inherente al consumo, representa una novedad que trasciende la vieja comprensión del consumidor como un sujeto inconscientemente alienado; por el contrario, el consumidor de hoy, aunque puede que padezca una efectiva involución cerebral,⁹ es plenamente consciente que se encuentra encerrado en un círculo vicioso que lo devuelve al malestar inicial.

El pivote que sustenta el viaje de ida y vuelta hacia el malestar- por mucho que nos apliquemos en el consumo de paliativos farmacológicos o bienes de consumo sublimados a la categoría de seña identitaria- es el imperativo de la actualización. La experiencia de consumo siempre estuvo afectada por una caducidad y una inmediatez intrínsecas; pero nunca como ahora a causa de su estrecha relación con la exigencia imperiosa de producir identidad. El consumo siempre se instituyó como una experiencia de presente exclusivo- es lo que persigue la moda (*modo*; ahora)- pero se compasaba con otras experiencias lentas y dilatadas (la formación personal, la construcción de vínculos sociales y afectivos, el cuidado de la memoria,...) que se reconocían como las experiencias fundamentales en la construcción de la identidad. En la medida que hoy ya no nos definen significantes colectivos sino referentes de gusto y modos de aparecer en una esfera pública descompuesta y precaria, la identidad solo se aferra a la exhibición de aquello que la inviste frente a los otros esfuerzos individuales de aparición. En este proceso que identifica la identidad con su proceso de singularización *frente* a la colectividad, esta se ve arrojada a la necesidad de una constante actualización consumista. No importa que la confrontación entre singulares este camuflada por la fidelidad digital. El número de *seguidores* no construye comunidad puesto que, ante todo, es un muestrario frente al que hay que distinguirse y llamar la atención. Esta adicción al reconocimiento es un objetivo que solo puede consumarse mediante el consumo de toda suerte de bienes, servicios y *aplicaciones* que resuelvan aceleradamente nuestra atractiva aparición. Somos en la medida que nos hacemos *actuales* mediante un aparecer en tiempo real, tan vulnerable que de inmediato deberá convertirse en el renovado esfuerzo para la

⁶ Véase Gilles Lipovetsky. *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad del hiperconsumo*. Editorial Anagrama. Barcelona, 2007.

⁷ Mark Fisher. *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?*. Caja Negra editora. Buenos Aires, 2016: 50-ss.

⁸ Reflexión construida por Jim Jackson, citada por Zygmunt Bauman. *Retrotopia*. Arcadia. Barcelona, 2017: 163.

⁹ Es la tesis que defiende Lamberto Maffei al considerar que la rapidez inherente al consumo podría acelerar la hipertrofia del hemisferio izquierdo del cerebro, encargado del lenguaje y del pensamiento lento. (*Alabanza de la lentitud*. Alianza Editorial. Madrid, 2016: 88)

reaparición. Ser actualidad significa pues estar en acto, presente aquí y ahora. La obsesión por actualizar las prestaciones de nuestras prótesis tecnológicas, no es más que una extensión matemática de la necesidad de ser actuales mediante la constante producción de presencia presta a ser felizmente sancionada.

El tiempo que corresponde a la apoteosis de la presencia nada sabe de la duración. Ya no se trata de la inevitable volatilidad del placer consumista, sino de la radical fragmentación del tiempo que conlleva el consumo orientado a un constante *estar apareciendo*. La tradicional experiencia consumista ya apelaba a un tiempo puntillista, constituido por segmentos dispersos sin linealidad,¹⁰ pero todavía podía compartirse con otras secuencias de un tiempo expandido. La existencia conjugada y conjurada con la presencia preceptiva, por el contrario, no puede redimirse en ninguna suerte de tiempo largo. Así como el imperativo de actualización no deja huella; tampoco conoce un mañana que no se identifique con el miedo a la desaparición. La única longitud de tiempo apta para no dejar de estar (en) presente es la aceleración.

ACELERACIÓN. La estrecha relación entre la evolución del capital y su noción del tiempo es una cuestión hartamente conocida. La piedra angular de esta relación, es el axioma según el cual el valor de la mercancía viene determinado por el tiempo de trabajo que se requiere para producirla. Esta regla es tan crucial que el propio Marx se apresura a recordar que la discusión sobre los límites de la jornada laboral está en la base del conflicto de clases.¹¹ La ecuación en cuestión determina pues que el propio tiempo condense tal grado de valor que se convierte a sí mismo en la más preciada mercancía. De ahí surge la necesidad de que se articulen los mecanismos necesarios para imponer una racionalidad en la producción que permita rentabilizar al máximo el valor tiempo. Con esa perspectiva, el taylorismo propuso aplicar dos medidas complementarias: imponer la noción de *tarea* como unidad de trabajo e introducir el cronómetro para garantizar que esa misma tarea se ejecute en una determinada unidad de tiempo.¹² Este episodio representa el momento culminante en la definitiva substitución del tiempo abstracto- aquel que se vinculaba a circunstancias concretas y autónomas- por el tiempo astronómico continuo que divide la existencia entre el tiempo ocioso y el tiempo de trabajo que, a su vez, es compartimentado también en unidades de producción susceptibles de ser prolongadas con avaricia.¹³ El resultado es lo que retrató Chaplin en *Tiempos Modernos* (1936): el tiempo es dinero y, en consecuencia, no cabe perder tiempo. A pesar de la enorme transformación que ha sufrido la experiencia del trabajo, esta ecuación solo ha sido alterada en su propia maximización.

El mandamiento de no perder el tiempo muy pronto encuentra su correlato en la aceleración. Aumentar la velocidad es el modo de alargar la efectividad del valor tiempo; así que se hizo

¹⁰ Zygmunt Bauman. *Vida de consumo*. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 2007.

¹¹ Karl Marx. *El Capital*. Alianza Editorial. Madrid, 2010. p.163

¹² Puede reconstruirse este proceso en Fernando Díez Rodríguez. *Homo Faber. Historia intelectual del trabajo, 1675-1945*. Siglo XXI. Madrid, 2014. pp. 577-ss.

¹³ Véase sobre esta disyuntiva el bello texto de Robert Kurz. “*Luces de progreso*”; en Anselm Jappe - Robert Kurz - Claus Peter Ortlieb. *El absurdo mercado de los hombres sin cualidades. Ensayos sobre el fetichismo de la mercancía*. Pepitas de Calabaza. Logroño, 2014. pp 83-94.

imprescindible abrir una sucesión de innovaciones que permitieran acelerar todos y cada uno de los engranajes ortodoxos del capital: la producción de mercancías (desde la velocidad maquinaria de la era industrial hasta hiperproductividad mediante robótica), la circulación de bienes y productos (con la mejora de los transportes, la velocidad de las operaciones financieras calculada en microsegundos o el cultivo de la obsesión por la entrega inmediata) y el consumo (mediante la publicidad, la moda, la obsolescencia programada y la generalización del *low cost*). El capital se hace así sinónimo de velocidad; de modo que, cuando el trabajo ya se ha convertido en la tarea preceptiva de producción de identidad adicta al reconocimiento- como vimos en la descripción del malestar- , es la vida misma lo que se acelera. Por la misma operación, en el interior de esta vida ya no es factible mantener la clásica oposición entre *otium* y *negotium*, puesto que el más rentable negocio del capital descansa en la tarea estresante de regalarnos placer, en atómicas unidades de tiempo actualizado, para fundamentar nuestra vaporosa identidad.

La vida acelerada viene ocupando muy seriamente a la sociología contemporánea. Hartmunt Rosa declina la sociedad de la aceleración en sus versiones tecnológicas (la nueva velocidad en el transporte, la comunicación y la producción), sociales (la mutación de la esfera institucional) y domésticas (el constante ajeteo del ritmo vital),¹⁴ reconociendo que esta poliferación de distintas velocidades en aumento desemboca en un cuerpo social atravesado por una creciente desincronización general. Cada vez disponemos de más tiempo para constatar la falta de tiempo, por mucho que cada cosa requiera, supuestamente, su propia medida de tiempo. En la base de esta paradoja poliédrica subyace el desarrollo exponencial de la cultura digital, principal espoleta para la flexibilización absoluta del tiempo. Los nuevos dispositivos tecnológicos acortan el tiempo necesario para todas las operaciones y, por la misma regla, multiplican la expectativa de operaciones a realizar y sin que a nadie le importe si son necesarias. El celebrado estudio de Judy Wajcman cuestiona de raíz y con argumentos empíricos la suposición de que el trabajo se ha multiplicado a causa de su progresiva mediación digital;¹⁵ pero comete el error de acotar la noción de trabajo a la ocupación remunerada, obviando que el centro del nuevo trabajo ya no reside ni en la fábrica ni en la oficina, sino en la tarea de autoproducirse en cualquier lugar y circunstancia, incluso en la precariedad o en el desempleo. Cuando la principal mercancía se materializa en una *selfie* sometida a la prerrogativa de su actualización constante, es imprescindible acelerar sus *remakes* persuasivos. El ajeteo y la aceleración, en efecto, no derivan tanto de la multiplicación del trabajo o de su mutación en multitarea, como de las reglas de competitividad que rigen la aparición en el mercado de sujetos singulares atosigados por disfrazarse constantemente de sí mismos.

La aceleración es tan estructural a la evolución de la producción que ha modificado por completo la vida cuando es ella lo que se produce. De ahí que las esferas tradicionales de nuestra existencia - laboral o afectiva - se vean sometidas a la regla del replazo rápido. La vida se hizo acumulativa y, como rezan las normas del capital, para acelerar la acumulación hay que diversificar la

¹⁴ Hartmunt Rosa. *Alienación y Aceleración: Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Katz Editores. Buenos Aires, 2016.

¹⁵ Judy Wajcman. *Esclavos del tiempo. Vidas aceleradas en la era del capitalismo global*. Paidós. Barcelona, 2017.

inversión y remplazarla de inmediato cuando ceden los índices de beneficio. Es la totalización de la normativa financiera: las carteras de futuros no son más que una gestión beneficiosa de activos disponibles. No hay más futuro que aquel que estalla provechosamente en el presente. Bajo esta premisa, absolutamente nada conserva duración; siquiera la apología de la desaceleración, convertida en un mero producto de la cultura de la salud en el marco del malestar general. Ralentizar el ritmo y abogar por las virtudes de la lentitud, no detiene nada sino que multiplica la oferta de modos de estar y de aparecer. Al fin y al cabo, la autofoto puede salir mejorada si ocasionalmente permanecemos un tanto más quietos. En otras palabras, el incremento de medidas paliativas frente a la aceleración- las estrategias *slow*, los bancos de tiempo, la demanda de una desintoxicación digital, la apelación a incrementar el tiempo de libre disposición,...- más que remediar la situación, lo que consiguen es evidenciar la magnitud de la velocidad de crecimiento exponencial que rigió nuestra existencia: “todo el mundo hoy en día quiere saber como frenar, pero quiere saberlo de manera muy rápida”.¹⁶

La aceleración no nos acerca antes al futuro. En la medida que la velocidad se hace estructural, ya no conduce hacia otro lugar distinto de aquel en el que se produce sino que, sencillamente, lo colapsa o lo atropella. De acuerdo a las leyes de la dromología propuestas por Paul Virilio,¹⁷ el accidente es consustancial a la velocidad. La aceleración multitudinaria de dispositivos tecnológicos, de sujetos ajetreados o de información torrencial, está abocada al atasco; a su vez, la propulsión acelerada de cualquier dispositivo singular no hace sino lanzarlo hasta su límite de catástrofe. El descarrilamiento aumenta su probabilidad de forma proporcional al aumento de velocidad. En la aceleración, el futuro se hace así todavía más lejano; ya sea porque el presente queda sincopado o porque el presente se detiene por percance o por el miedo a que este se produzca.

MIEDO. El contratiempo acecha. Los malestares, la precariedad y la exigencia de una actualización acelerada adquieren la categoría de auténticos peligros en la medida que incrementan nuestra vulnerabilidad. Los miedos se multiplican y las pesadillas asaltan la razón.

El atlas del miedo es laberíntico en tanto que repleto de encrucijadas en las que se solapan distintas amenazas que podrían conducirnos a peor: el miedo al futuro, el pánico frente al fracaso y la desconfianza frente a los otros por competidores o por extraños.

El miedo al mañana es sigiloso; no puede proclamarse de forma abierta, se disfraza de inquietud y acaba por reconocerse como una dicha. Es un miedo que arraiga en la pérdida de agarres; el miedo de quién se sabe arrojado. Cuando se combinan la inestabilidad laboral, la erosión de los lazos sociales, la ligereza de los vínculos afectivos y la obligación de hacerse una vida en tiempo real, el sujeto queda desposeído de cualquier anclaje y es abandonado al trabajo solitario de su autoproducción. En esa tarea, batalla por hacerse a sí mismo ingresando de forma sucesiva y acelerada en distintos estadios sin vocación de permanencia. Esta condición de emprendedor lo mantiene en el

¹⁶ Carl Honoré, autor de un *Elogio de la lentitud* (2004), citado por Luciano Concheiro. *Contra el tiempo. Filosofía práctica del instante*. Editorial Anagrama. Barcelona, 2016: 111.

¹⁷ Véanse: Paul Virilio. *La velocidad de la liberación*. Manantial. Buenos Aires, 1997 y Paul Virilio. *El accidente original*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2010.

presente continuo de su emprendimiento. El resultado es una inquietud crónica; un miedo a detenerse que mantiene al sujeto ensimismado en una suerte de movilización sedentaria que, a pesar del ajetreo, solo gravita sobre sí misma. El terror inconfesable es el que identifica el peligro de la detención con el desamparo de la inexistencia. Por ello y en la medida que esta hiperactividad mantiene al sujeto distraído y ocupado, “llama felicidad a todo aquello que lo encadena”.¹⁸ El mejor futuro se reduce al escuálido mañana que sea capaz de mantenerse en esta libertad opresiva; dispuesto a conservarse y a repetirse frente a la evidencia de que las cosas podrían empeorar si la inquietud se detuviera. La infelicidad de la detención es el fracaso; la peor de las amenazas y causa de un verdadero pánico. El fracaso consiste pues, llanamente, en no disponer de proyectos inmediatos a realizar y en no conseguir los índices exigibles de reconocimiento a muy corto plazo. Cualquiera de estos sombríos horizontes se traduce en una pavorosa conciencia de inadecuación. El miedo al mañana ya no es un miedo a la muerte que se posterga, sino que nos acecha a diario en la facilidad con la que podríamos des-aparecer y con ello morir viviendo.

Los inadecuados proliferan dada la extrema fragilidad en la que se sustenta el nuevo individualismo; pero también lo hace por el derrumbe de las barreras de precepto que hasta la fecha mantenían a cada cual en su lugar. La barrera de precepto es aquella que delimita un territorio de tal forma que, en su interior, el mundo de la experiencia se acompasa y se corresponde con un determinado sistema de valores. Una de las consecuencias de la globalización ha sido la eliminación de esas cercas antropológicas. Los otros ya no son lejanos sino que, por voluntad o por obligación, coexisten con nosotros. Esta cercanía, lejos de acelerar un posible adiestramiento en la diferencia, ha provocado un incremento de recelos. En un mismo territorio conviven distintos mundos de experiencia y distintas estructuras de sentido, obligando a todos a repensar las propias y a posicionarse frente aquellas que aparecen como ajenas. Esta situación que podría cobijar una promesa de novedades, ha inducido a lo contrario: una mixofobia que estigmatiza la otredad y un repliegue hacia el sosiego de lo igual.¹⁹ En el interior de este proceso, las ciudades contemporáneas se han convertido en archipiélagos con un territorio segmentado y atomizado por la cultura del miedo. Las comunidades cerradas se levantan como privatopías²⁰ de protección puesto que, en este escenario, el ideal del bienestar incluso está dispuesto a cotizar a la baja en beneficio de una mayor seguridad. No importa que eso nos convierta en reclusos de una miedosa libertad. Además, la magnitud de este repliegue se redobra a medida que el Estado dimite de sus obligaciones sociales y limita sus funciones a metabolizar ese miedo mediante la apelación a los valores nacionales. El

¹⁸ Tiqqun. “Primeros materiales para una teoría de la Jovencita”, en *Tiqqun. Órgano consciente del Partido Imaginario. Ejercicios de Metafísica crítica*. (Edición sin fecha ni referencia editorial). p. 105. Puede consultarse la edición Tiqqun. *Primeros materiales para una historia de la Jovencita seguida de Hombres Máquina Modo de empleo*. Acuarcela Libros. Madrid, 2012.

¹⁹ Entre los numerosos trabajos en esta dirección, véase, por ejemplo: Zygmunt Bauman. *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Tusquets Editores. Barcelona, 2007: 121-ss.

²⁰ Evan Mckenzie. *Privatopia: Homeowner Associations and the Rise of Residential Private Government*. Yale University Press.. New Haven, 1995. Puede consultarse también: Mike Davis. *Control urbano. La ecología del miedo*. Virus. Barcelona, 2001.

“retorno a las tribus”²¹ augura el restablecimiento de la barrera de precepto y la recomposición de la unidad frente a la dispersión encarnada por los extraños. Si el espacio urbano se hace retrógrado por su fortificación; la política se hace rancia cuando invoca un supuesto pasado exento de diversidad.

A medida que el miedo se impone, atenaza y promueve la concentración de lo igual y el regreso a la unidad amenazada. En ambos casos el presente queda encerrado, ya sea en su contingencia o en la nostalgia de una ficción, pero en ambos casos inhabilitado para desplegarse hacia territorios nuevos. El miedo comprime el tiempo al recluir el presente en la ansiedad de semejanza, confinarlo en sus guaridas y contentando su naturaleza medrosa con añoranzas infundadas.

COPIA. La miseria crece a medida que lo igual se concentra y se amontona. Las causas que lo explican van más allá la mera naturaleza pedigüeña del principio de acumulación estructural al capital. Por miedo frente a lo extraño nos replegamos entre iguales; mediante la velocidad con la que atravesamos distintos lugares, todos se comprimen en un único emplazamiento dilatado; en las redes sociales que nos prometían hallar nuevos interlocutores, solo se conectan entre sí sujetos afines para festejar su parecido; y respecto a las novedades auguradas por la tecnología, en realidad se han reducido a la aplicación de complejos algoritmos que nos reproducen para estimular el encuentro de cada cual consigo mismo. Cualquier *búsqueda* sabe de antemano los hallazgos que le esperan: todo suerte de productos o experiencias de aspecto variable, pero que aseguran que todo va a permanecer igual en el interior de una vida hipermovilizada sobre su propio eje. Lo igual por doquier bajo la apariencia de un descubrimiento diario. La lógica igualitaria ya no consiste en la plena garantía de distribución del derecho, sino que la redujo a la regla que discrimina cualquier posibilidad de verdadera novedad.

La trampa igualitarista es muy sibilina. En apariencia, la obligación de singularizarse que afecta a todos podría hacer pensar que garantiza la multiplicación de identidades originales, pero ocurre precisamente lo contrario. Es el mismo ahínco por ser auténtico lo que instala a todos en el marco de un juego de espejos donde triunfa la comparación permanente. Para diferenciarse es menester identificar primero la referencia y solo respecto a ella ensayar los modos de distinguirse. Lo auténtico solo surge y se reconoce en la confrontación con lo supuestamente menos auténtico; de forma que el hambre de autenticidad solo puede saciarse en el perímetro corto de lo conocido y establecido. El resultado es el triunfo empobrecido de lo igual trufado en la infinita multiplicación de su mínimo diferencial.²² El sujeto emprendedor de sí mismo es literalmente un *manierista*, condenado a inventar perpetuamente pequeñas variaciones de la regla para permanecerle fiel sin necesidad de confesarlo; cada *manera* con la que construye su aparecer, por más que explore todas las posibilidades de la variedad, va a mantenerlo atrapado en el marco de conformidad con la norma. La tolerancia es quizás el concepto neoliberal más explícito para dar cuenta de esta lógica: desde un centro normativo se regula el alcance de lo tolerable, capaz de contemplar una cuantiosa oferta de diferencias que,

²¹ Zygmunt Bauman. *Retrotopía*. Ob cit.: 71-ss.

²² En relación a esta misma cuestión Byung-Chul Han propone detectar la violencia de lo igual sobre la distinción entre “alteridad” y “diversidad” (*La expulsión de lo distinto*. Herder. Barcelona, 2017: 38)

precisamente por trascender la estrechez de lo uniforme, garantiza de forma más competente la extensión productiva de lo igual.

Lo igual multiplicado hasta la saciedad mediante su proliferación de diferenciales puede, más sencillamente, reconocerse como copia. En el siglo XIX, cuando se desarrollan los medios de reproducción, la copia era aquello que procedía del original y que, en algún caso, incluso podía conservar un escombros de aura;²³ sin embargo, desde el advenimiento del pop, la copia no ha hecho más que incrementar paulatinamente su grado de autonomía hasta independizarse por completo como mero soporte medial, como signo vacío que ya no debe dar cuenta de ninguna procedencia ni origen. La copia ya no se contrasta despectivamente con lo verdadero puesto que nadie sabe ya donde se encuentra. Como en todo manierismo, la reiterada deformación de la norma acumula tantas variantes que al final se produce el olvido definitivo del modelo. La copia multiplicada solo sobrevive entre copias para sobresalir entre ellas. La copia expresa así la soberanía de lo igual: se reproduce sin cortapisas y con agrado porque ya no puede experimentarse como pérdida. Lo canónico se hace poderoso y eficaz mediante su propia invisibilidad tras la proliferación de copias vacías que consuman su hegemonía sin resistencia. El control completo sin estridencias: todos iguales a no sabemos qué; aunque esforzándonos por desigualarnos de modos demasiado parecidos y aptos para el consumo.

Cuando lo igual se convierte en una copia vacía, desposeída de cualquier vínculo consciente con una supuesta fuente original, y se comporta capaz de reproducirse de forma amanerada hasta el infinito, consigue incluso sortear el estigma del engaño. La copia opera como una suerte de mentida no fraudulenta puesto que ni es depositaria de ninguna verdad ni, en el otro extremo, pretende sustituirla mediante un simulacro. Así como el simulacro- el relato mediático, por ejemplo- es una construcción verosímil que desplaza lo real para ocupar su lugar;²⁴ la copia es la realidad misma reducida a su repetición igualitaria. La copia, en esta perspectiva, quizás deba interpretarse como la más explícita evidencia del derrumbe definitivo de aquella epistemología moderna- Nietzsche, Freud, Marx- que proclamó la necesidad de aplicar siempre y sobre cualquier realidad, una pátina de sospecha para desvelar sus fondos de verdad. La copia ni engaña ni oculta nada; sencillamente cumple con aceleración e inmediatez el cometido asignado por el nuevo principio de producción: satisfacer el deseo de ser y de aparecer sin demora. Byung-Chul Han ha explicado muy bien cómo hay que ser cauto frente a la supuesta “falsificación” de la mercancía producida en China puesto que, en efecto, se trata de copias (*shanzai*) y no de *fakes* que pretendan burlar a los incautos.²⁵ La copia garantiza la máxima eficacia en la producción de identidades suficientemente diferenciadas, asegura una multiplicación de los objetos de deseo que reclama esa misma identidad volátil y, así mismo, la copia incluso puede avalar una homogeneización particularista del territorio mediante la propagación de

²³ Véase Hillel Schwartz. *La cultura de la copia. Parecidos sorprendentes, facsímiles insólitos*. Cátedra. Madrid, 1998.p. 38

²⁴ Jean Baudrillard. *Cultura y Simulacro*. Kairós. Barcelona, 1978

²⁵ Byung-Chul Han. *Shanzai. El arte de la falsificación y la deconstrucción en China*. Caja Negra editores. Buenos Aires, 2016.

ciudades que se replican entre sí por toda la geografía global.²⁶ El imperio de lo igual crece como copia y esta es, al fin y al cabo, sincera. La copia, arropada en su sinceridad, obtiene así vía libre para propagarse y perpetuarse, sin menoscabar la apariencia de ser un producto de la libertad. En efecto, cada cual es responsable de sus modos de individuación, aunque siempre se resuelvan como variantes tolerables de lo igual. Pero en la medida que esta libre distinción solo se alimenta desde sí misma y para sí misma, la copia proyecta su sombra sobre el tiempo en términos absolutos. Por una parte, la acumulación de copias olvida el pasado en el que residía el original y, a su vez, las mismas copias secuestran el futuro en los límites de la mera variación infinita de lo igual. En la copia no hay más que un presente extendido que, así como ya olvidó de donde procede, también sabe que el porvenir se reduce a una *copiosa* circunvalación alrededor del ahora y sin ningún adelante.

FIN. El desasosiego y el malestar derivados de la precariedad material y existencial; la obligación a someterse a una constante actualización que garantice reconocimiento; la obsesión por la velocidad como estrategia acumulativa de placeres y experiencias y, finalmente, el repliegue miedoso entre lo igual capaz de incubar la lógica de la copia, no son más que una pequeña colección de dinámicas en curso mediante las cuales el presente se empobrece. Podrá decirse que tanto el perfil de cada uno de estos ingredientes como el resultado de su suma, no es más que un relato afectado por un síndrome de naturaleza apocalíptica. Para contrarrestar esta lectura y desafectar la interpretación de nuestro argumentario, solo cabe la posibilidad de acertar a tomar la distancia adecuada: el relato del fin no es, ni el temperamento que aqueja lo expuesto hasta aquí, ni su efecto al modo de corolario; el relato del fin es la ideología dominante que ineludiblemente ha de añadirse a este urgente inventario de las heridas por las que supura nuestro presente.

Para constatar la preeminencia del relato del fin se puede acudir a distintas evidencias. La más estridente y hartó estudiada se revela en la retahíla de series televisivas (*The Walking Dead, V, Terranova, Revolution, Last Man on Earth...*) que imaginan distintos escenarios de la inminente extinción de la humanidad y del planeta. Lo mismo sucede en la literatura y el cine y con el mismo resultado equitativo entre productos cochambrosos e inteligentes. Pero la amenaza del fin no se limita a abastecer el mercado insaciable de la industria del entretenimiento, sino que se ha convertido ya en una cuestión acuciante para el conjunto del pensamiento científico y social. La crisis financiera que interrumpió el bienestar se ha cronificado para demostrar la crisis terminal del capital; el agotamiento de los recursos naturales y energéticos tradicionales ya es una completa certidumbre; y la superpoblación venidera solo sugiere la imposibilidad de hacer sostenible cualquier modelo de crecimiento. Esta confluencia de advertencias no hacen sino presagiar la cercanía de una *tormenta perfecta* frente a la que crecen, de forma simultánea, tanto el imaginario del fin como la convicción de que nadie podrá dar las respuestas adecuadas. El futuro se oscurece y la condición de orfandad del presente sin porvenir se convierte en inapelable. En el mejor de los casos, se tantean medidas paliativas, absolutamente antagónicas entre sí, para postergar la catástrofe: la teoría del

²⁶ Propusimos una aproximación a la copia urbana en Martí Peran (ed). *After Landscape. Ciudades Copiadas*. Universitat de Barcelona / Institut de Cultura de Barcelona. Barcelona, 2015.

decrecimiento, la confianza en el desarrollo tecnológico o el hallazgo de exoplanetas habitables. En este contexto, la literatura que merodea alrededor de la idea del fin es muy prolífica; pero la carga que comporta tomar conciencia de que vivimos en el marco de una “condición póstuma”²⁷ que convierte la caída en irreversible, se gestiona de modos muy distintos según la perspectiva desde la que se formula el diagnóstico. Para algunos, el fin que nos acecha sólo culmina una tradición religiosa que anhelaba consumarse;²⁸ para los menos; por el contrario, el fin es tanto una posibilidad real, como un principio ideológico que ha de ser urgentemente rebatido.²⁹ Pero en cualquier análisis se comparte que la efectividad ideológica del relato del fin es inmediata: es tan irreversible que ningún modelo alternativo podría detenerlo. El fin se inviste así como el motor de una alienación por encantamiento. Nada puede hacerse ya ante la inminencia del final como no sea contemplarlo embelesados.³⁰ En cualquier caso, y a pesar de la larga tradición del pensamiento apocalíptico, para alcanzar a comprender el proceso mediante el cual hoy ha cuajado de forma tan exitosa esta narrativa sombría del fin, es menester distinguir al menos dos fases distintas. La reciente historia del fin no lo concibió siempre de forma afligida; por el contrario, primero se articuló una crónica de la posthistoria vaticinando un final feliz y, solo después, cuando las evidencias ya lo hacían insostenible, la misma idea del fin viró hacia la oscuridad.

²⁷ Marina Garcés. “Condición póstuma” en AAVV. *El gran retroceso*. Seix Barral. Barcelona, 2017.

²⁸ John Gray. *Misa Negra. La religión apocalíptica y la muerte de la utopía*. Paidós Ibérica. Barcelona, 2008

²⁹ Véanse: Marina Garcés. Ob. cit.; Slavoj Žižek. *Viviendo en el final de los tiempos*. Akal. Madrid, 2010; Mike Davis. *Ciudades y caos sistémico*. MACBA. Barcelona, 2009.

³⁰ El mejor ejemplo es la actitud final de Justine en el film *Melancholia* (Lars von Trier, 2011)

BIBLIOGRAFÍA

- BAUDRILLARD, Jean (1978). *Cultura y Simulacro*. Barcelona: Kairós.
- BAUMAN, Zygmunt (2017). *Retrotopía*. Barcelona: Arcadia.
- BAUMAN, Zygmunt (2007a) *Vida de consumo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- BAUMAN, Zygmunt (2007b) *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets Editores.
- CONCHEIRO, Luciano (2016). *Contra el tiempo. Filosofía práctica del instante*. Barcelona: Anagrama.
- DAVIS, Mike (2001). *Control urbano. La ecología del miedo*. Barcelona: Virus.
- DAVIS, Mike (2009). *Ciudades y caos sistémico*. Barcelona: MACBA.
- DÍEZ RODRÍGUEZ, Fernando (2014). *Homo Faber. Historia intelectual del trabajo, 1675-1945*. Madrid: Siglo XXI.
- FISHER, Mark (2016). *Realismo capitalista. ¿No hay alternativa?* Buenos Aires: Caja Negra.
- GARCÉS, Marina (2017). “Condición póstuma”. AAVV. *El gran retroceso*. Barcelona: Seix Barral.
- GRAY, John (2008). *Misa Negra. La religión apocalíptica y la muerte de la utopía*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- HAN, Byung-Chul (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- HAN, Byung-Chul (2016) *El arte de la falsificación y la deconstrucción en China*. Buenos Aires: Caja Negra.
- HAN, Byung-Chul (2017). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder.
- HOBBSBAWN, Eric (1994). *The age of extremis. The short twentieth century, 1914-1991*. Londres: Michel Joseph ed.
- KURZ, Robert (2014). “*Luces de progreso*”. Anselm Jappe, Robert Kurz, Claus Peter Ortlieb (eds.). *El absurdo mercado de los hombres sin cualidades. Ensayos sobre el fetichismo de la mercancía*. Logroño: Pepitas de Calabaza: 83-94.
- LAZZARATO, Maurizio (2006). *Por una política menor*. Madrid: Traficantes de sueños.
- LIPOVETSKY, Gilles (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad del hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.
- MAFFEI, Lamberto (2016). *Alabanza de la lentitud*. Madrid: Alianza Editorial.
- MCKENZIE, Evan (1995). *Privatopia: Homeowner Associations and the Rise of Residential Private Government*. New Haven: Yale University Press.

- MARX, Karl (2010). *El Capital*. Madrid: Alianza Editorial.
- PARDO, José Luis (2016). *Estudios del malestar. Políticas de la autenticidad en las sociedades contemporáneas*. Barcelona: Anagrama.
- PERAN, Martí (2015). *Indisposición General. Ensayo sobre la fatiga*. Ondarribia: Editorial Hiru.
- PERAN, Martí (ed) (2015). *After Landscape. Ciudades Copiadas*. Barcelona: Universitat de Barcelona / Institut de Cultura de Barcelona.
- ROSA, Harmut (2016). *Alienación y Aceleración: Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Buenos Aires: Katz Editores.
- SCHWARTZ, Hillel (1998). *La cultura de la copia. Parecidos sorprendentes, facsímiles insólitos*. Madrid: Cátedra.
- SENNETT, Richard (2013). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- TIQQUN (2012). *Primeros materiales para una historia de la Jovencita seguida de Hombres Máquina Modo de empleo*. Madrid: Acuarela Libros.
- VIRILIO, Paul (1997). *La velocidad de la liberación*. Buenos Aires: Manantial.
- VIRILIO, Paul (2010). *El accidente original*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- WAJCMAN, Judy (2017): *Esclavos del tiempo. Vidas aceleradas en la era del capitalismo global*. Barcelona: Paidós.
- ZIZEK, Slavoj (2010). *Viviendo en el final de los tiempos*. Madrid: Akal.



LA ENFERMEDAD LLAMADA TRISTEZA

The malady named sadness

FRANCO BERARDI, *BIFO*

Escritor, filósofo y activista. Es autor de numerosos ensayos sobre transformaciones del trabajo, innovación y procesos de comunicación en el capitalismo. En castellano, se han publicado, entre otros: *La fábrica de la infelicidad: nuevas formas de trabajo y movimiento global* (Traficantes de sueños, 2003); *Máquina imaginativa no homologada*, (Edic. de intervención cultural, 2004); *El sabio, el mercader, el guerrero: del rechazo del trabajo al surgimiento del cognitariado*, (Acuarela, 2007) o *La sublevación* (Artefakte, 2013).

(Traducción de VIOLETA ROS FERRER, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA)

Resulta extremadamente triste mirar al mar en estos días.

Aquí, donde paso mis vacaciones de verano, en la costa del Mediterráneo, algunos chicos jóvenes nadan o toman el sol inocentemente. La gente joven no quiere saber qué está pasando, ellos únicamente saben que el infierno se está extendiendo y está engullendo su vida. A veces creo que se lo merecen. Pero sé que la ignorancia no es un defecto, la miseria moral no es su culpa, es una enfermedad.

El nazismo se está extendiendo, aunque no lo llamen así. Lo llaman tristeza, lo llaman Europa, lo llaman verano, el verano más cálido hasta la fecha (pero el próximo será peor). Lo llaman el infierno, el infierno del neoliberalismo y la explotación financiera, lo llaman desempleo, democracia en peligro, lo llaman Macron. Lo llaman calentamiento global. Yo lo llamo nazismo. Con la diferencia de que esta vez no hay salida.

Nosotros, los europeos, quienes han librado incontables guerras coloniales, quienes han explotado recursos y personas alrededor de todo el mundo, quienes han bombardeado Libia y destruido Irak y Siria, ahora están cerrando su puerta y asegurando sus fronteras. La ruta de los Balcanes fue cerrada hace dos años por los nazis húngaros y por los nazis austríacos.

Los nazis franceses han bloqueado la frontera con Italia, de modo que ahora los nazis italianos están asegurando la frontera sur, lo cual significa que están presionando a los guardacostas libios para que denieguen inmigrantes, los detengan, los encarcelen, los torturen y los maten.

Ellos lo llaman asegurar las fronteras. Yo lo llamo exterminio.

Berardi, Franco.

“La enfermedad llamada tristeza”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (2017): 145-150.

DOI: 10.7203/KAM. 10.11034 ISSN: 2340-1869

Hace unos meses un juez italiano ordenó confiscar el barco de una ONG alemana llamada Juventa, cuya misión es rescatar a la gente que se está ahogando. Las autoridades italianas acusan a los voluntarios alemanes de Juventa de incitar a la migración ilegal. Rescatar negros es un crimen.

Pero lo más triste es el silencio. Sueño con una flota de doscientos pequeños barcos llenos de jóvenes rebeldes navegando desde Niza a Nápoles y desde Barcelona a Génova y las ciudades costeras del norte del Mediterráneo. Ellos podrían ayudar a las ONGs a hacer su trabajo, ellos podrían rescatar a la gente del agua, ellos podrían restaurar la dignidad de Europa. De ninguna manera.

La gente joven está aplastada por la soledad, la depresión y la ignorancia. Miran fijamente, con impotencia, el abismo.

Bienvenida al infierno es el único modo de darte la bienvenida, generación de la soledad.

LIGONES SOLITARIOS

La expresión “Generación copo de nieve” se refiere a la fragilidad psicológica de la generación que crece en la antroposfera digital: en las universidades cada vez es más probable que los estudiantes informen de que tienen problemas de salud mental y de que están seriamente angustiados por ideas que no se ajustan a su forma de ver el mundo, por eventos y noticias que cuestionan las expectativas creadas artificialmente por el entorno publicitario. Su autosuficiencia se está reduciendo y los servicios de salud mental se usan en exceso.

El verano de 2016 marcó un nuevo paso en la carrera hacia la aniquilación. Una serie de actos suicidas terroristas en Francia, en Alemania, y guerras fragmentarias en Oriente Medio. Una ola de migración desde el mar Mediterráneo y el constante rechazo de los gobiernos europeos. El Brexit y la transformación de Turquía en una dictadura de corte nacionalista con trasfondo islamista. El golpe de estado blando en Brasil y, por último, pero no menos importante, el asombroso ascenso de Trump en la escena americana.

Entonces, de repente, en el punto álgido del verano, los periódicos y la televisión centran su atención en el lanzamiento de Pokémon Go.

El despliegue publicitario en torno a Pokémon puede ser visto como una anticipación de la creación de comunidades mentales cerradas: espacios cerrados de intercambio de simul-mundo, un proceso de retirada tecnológica de la escena del mundo histórico.

Las tecnologías inmersivas pueden ser vistas como una herramienta para la negación en masa. Una audiencia privilegiada evita ser mentalmente invadida por las catástrofes que acechan al planeta y crea una atmósfera virtual de experiencias navegables.

El usuario de Pokémon sale de su cubículo *friki* y persigue insectos o pájaros virtuales. Puesto que los pájaros reales están desapareciendo y no se puede perseguir una aventura real en el campo real, Nintendo está produciendo simulación de aventura y de vida.

En la inquietante película de Polanski titulada *Carnage*, Kate Winslett hace un comentario sobre su marido, un abogado desagradable que revisa, mira y toca incesantemente su móvil: para él lo que está lejos es siempre mucho más importante que lo que está cerca.

No podía haber sido mejor expresado el efecto que la convergencia digital celular ha producido en el paisaje urbano. Distante es la información, la estimulación nerviosa que se acelera e intensifica hasta el punto de convertir en inalcanzable lo próximo.

Este reformateo mental no está ocurriendo solamente en el espacio interactivo del intercambio semiótico. Va más allá, involucrando a la esfera de la cognición en sí misma: la percepción, la memoria, el lenguaje, la orientación en el espacio y en el tiempo. El flujo de la experiencia conjuntiva es interrumpido por la simultaneidad fractal de la conectividad.

La esfera emocional está implicada en este proceso evolutivo de la automatización cognitiva: los info-estímulos proliferan y el sistema nervioso entra en una condición de excitación y postergación permanentes.

Según las encuestas de la San Diego State University, de la Florida Atlantic University y de la Widener University, los nacidos entre 1990 y 1994 tienen el índice más bajo de actividad sexual de los últimos cien años.

En el libro *Sex by Numbers*, publicado en 2015, David Spiegelhalter, profesor en Cambridge University, argumenta que en la media de la población global la frecuencia del contacto sexual ha descendido de cinco veces al mes durante la década de los noventa a cuatro veces al mes en los dosmil, y a tres en nuestra década. Los datos ofrecidos por Pornhub son notables. En 2015 se invirtieron 4 billones de horas viendo películas porno, y la plataforma recibió 21 billones de visitas.

Después de tantas horas de sexo en los medios, poco tiempo queda para el sexo real. Desaparece el tiempo para hablar perezosamente, y acariciarse, y establecer juegos sensuales.

En la dimensión precaria, el tiempo tiene que ser invertido en la constante búsqueda de salario, en la incesante competición. La energía nerviosa está permanentemente invertida en la competición social, de modo que se gasta poca energía nerviosa en la amabilidad, en la lenta atención erótica, en el placer.

Una cultura post-sexual y una estética post-sexual están cobrando forma entre los *millennials* de todo el mundo. Un hombre joven llamado Ryan Hover escribe en su blog:

Crecí con internet y ordenadores que moldeaban mi forma de ver el mundo y las relaciones. Soy considerado un “nativo digital” 😏.

La tecnología a menudo nos une, pero también ha separado a unas generaciones de otras. Intenta llamar a un *millennial* por teléfono. 📞😞

Pronto, las generaciones futuras habrán nacido en el mundo de la inteligencia artificial. Los niños entablarán relaciones íntimas reales con seres artificiales. 😏💕

Y en muchos casos, estos replicantes serán mejores que la gente real. Serán más inteligentes, más amables, más interesantes. ¿Buscarán 'los nativos de la inteligencia artificial' relaciones humanas? ¿Tendrán relaciones sexuales?

Es un texto irónico y agudo, ya que Ryan Hover ve las dos caras de la evolución en curso. La nueva generación de humanos está manteniendo relaciones íntimas con seres artificiales, y tienden a abandonar las ambiguas, angustiosas y, en ocasiones, brutales relaciones con hombres y mujeres.

La sensibilidad de los humanos tiende a estrecharse en la medida en la que estos participan cada vez más de un contexto artificial. Cuanto más interactúen los humanos con los autómatas, más perderán su finura empática, su habilidad para detectar signos de ironía y de seducción, y su sensibilidad vibracional será reemplazada por la precisión conectiva.

Es un circuito que se retroalimenta. Cuantos más humanos crezcan solos y nerviosos, más humanos buscarán la compañía de unos androides menos interesantes emocionalmente.

El sexo es parte del universo de la imprecisión, de la indeterminación, que no cumple con los requisitos de la perfección comunicativa. Aquellos que pasan la mayor parte de su tiempo en ambientes digitales sienten cada vez más que la carnalidad es peligrosa y embarazosa.

En junio de 2016 la revista *Wired* presentaba una encuesta sobre citas online:

Cuando páginas web como *Match.com* aparecieron en escena, hacia 1995, ofrecían a los solteros una red¹ de potenciales parejas². Escogiste un rango de edad, claro, y pusiste unos requisitos de altura, de acuerdo, pero tus opciones se han expandido. Gracias al poder del “todo incluido” de Internet, estuviste deslizando el ratón de tu ordenador sobre góticos y triatletas y electricistas y trabajadores en bancos de inversiones y *chefs*, y de repente dejó de parecer una locura el hecho de empezar a intercambiar emails con alguien que es del equipo equivocado o incluso con alguien que vive al otro lado del país. Esta gente no fue contigo a la Universidad, ni tampoco conocían a tus amigos (o a tu madre). Pero 20 años después, ese grupo de citas potenciales no se ha ampliado ni se ha hecho más profundo —ha sido dividido en zonas estúpidamente específicas...

The League, para los no iniciados, es el club de campo cubierto de yedra de las apps de citas, diseñada para gente que es “demasiado popular”. Hay un riguroso proceso de selección — “Nosotros hacemos todo el trabajo sucio por ti”— que tiene en cuenta de qué centros proceden tus diplomas, el prestigio de tus títulos y, muy significativamente, tu influencia en los medios sociales. Dos meses después del lanzamiento de The League, en noviembre de 2014, la lista de espera era de 75.000 personas.

Seamos claros, esto no es bueno —y no solamente porque el elitismo sea un aburrimiento. Las apps como The League van en contra de toda la promesa y la emoción de las citas online. The League es solo uno de tantos servicios que se dirigen a la multitud adinerada; también está Sparkology, Dating House y Luxury (“Tinder, pero sin gente pobre” —no es broma). La más discriminatoria de todas, Raya, funciona únicamente por invitación —básicamente, tienes que ser famoso y con un considerable número de seguidores en Instagram para ser invitado. Pero la especialización no es solamente para *snobs*. Existen apps para emparejar a gente basándose en la adecuación de los signos del zodiaco (*Align*), en la afinidad por la ciencia-ficción (*Trek Passions*), en hábitos alimenticios similares (Veggiemate) y en la afición por la marihuana (My420Mate). Tener intereses en común no es algo malo —especialmente,

¹ En el original el autor hace un juego de palabras: se refiere a la red como la *weird wide web*, de modo que sustituye la palabra *world* (mundo), de las siglas WWW, por *weird* (rara).

² Encontramos aquí, de nuevo, un juego de palabras de difícil traducción: *significant (and insignificant) others*.

pongamos como ejemplo, si la identidad religiosa resulta importante para ti— pero asegurarte de que todas tus parejas potenciales tengan barba (*Bristle*) o midan al menos 1'90m (*Tall People Meet*) significa interactuar únicamente con el segmento de humanidad que creemos que nos va a gustar. Eso está mal y, además, no es efectivo, porque la verdad es que a la mayoría de nosotros se nos da bastante mal saber lo que —o a quién—, de hecho, queremos.

En lugar de buscar al otro, la gente que liga por internet busca, muy frecuentemente, un espejo. El narcisismo se encuentra con el rechazo de lo que no es familiar, de lo sorprendente.

Jonathan Franzen describe el imaginario sexual de la generación *online* como una mezcla de hiper-sexualización y falta de erotismo: porno, hiper-estimulación y frigidez:

Los chavales eran perennemente seductores y estaban perennemente insatisfechos en la misma medida en la que la cocaína era insatisfactoria: cada vez que no estaba puesto, la recordaba como algo fantástico e invencible, y tenía ansia de consumirla, pero en cuanto volvía a consumir se acordaba de que no era tan estupendo en absoluto, era algo estéril y vacío: neuromecánico, con sabor a muerte. Especialmente hoy en día, las chicas jóvenes eran hiperactivas a la hora de echar un polvo, dándose prisa en cualquier posición conocida por la especie, haciendo esto y lo otro, sus coños demasiado inoloros y bien afeitados incluso como para registrarse como partes del cuerpo humano (*Freedom*).

LA MUERTE ES UN DERECHO

Entre los incontables actos de violencia y de autoaniquilación leídos en la prensa, uno me ha golpeado particularmente: a finales de junio de 2016, en el área de Kyriat Arba, un joven palestino de diecisiete años, llamado Mohamed Nasser Tarayrah, apuñaló hasta la muerte a una chica judía de 13 años que estaba durmiendo en su cama, por lo que fue asesinado por un soldado israelí. Nada sorprendente: Kyriat Arba es un lugar donde las familias judías se asentaron ilegalmente tras desahuciar a las familias palestinas de sus casas, y Mohamed Tarayat creció en un entorno de humillación, miseria y rabia impotente. ¿Podríamos definir el acto de Mohamed Tarayat como un acto de terrorismo? Es más bien un acto de desesperación.

En la precaria Intifada, sin un liderazgo político, que está explotando en Jerusalén, palestinos de todas las edades están cometiendo actos que no pueden ser explicados en términos políticos o militares: salen de sus casas con un cuchillo e intentan matar a un ciudadano israelí, generalmente sin éxito. Esas guerrillas armadas con cuchillos consiguen, casi siempre, un objetivo diferente: ser asesinados por soldados israelíes armados hasta los dientes. ¿Es esto una insurrección? Yo no lo diría. Una insurrección es una acción colectiva, un proceso que está basado en una solidaridad de larga duración y que, generalmente, tiene el objetivo de subvertir un régimen. En el caso de la intifada del cuchillo, tenemos acciones individuales, guerreros solitarios cuyas armas son claramente inadecuadas para cumplir cualquier objetivo militar. Está absolutamente claro que los jóvenes palestinos, estresados y angustiados por la miseria, la humillación y la violencia sistemática del Estado racista de Israel se están matando a sí mismos: *suicido por policía*. El joven Tarayrah, de hecho, antes de ir a matar a un niño explicó su gesto de una forma que no pudo ser más clara. Escribió en su perfil de Facebook una frase espantosa: “La muerte es un derecho, y yo pido ese derecho”.

¿Acaso necesitamos palabras más reveladoras que estas para entender el significado del llamado “terrorismo” que está desgarrando el tejido de la vida cotidiana en la sociedad contemporánea? El suicidio es la única vía de escape de la humillación, del infierno de la miseria metropolitana, del infierno de la precariedad.



“EL PODER NO ES EL SUELO NATAL DEL SUJETO”.

CONVERSACIÓN CON JORGE ALEMÁN

“Power is not the native soil of the subject”. A conversation with Jorge Alemán

JOSÉ ALBERTO RAYMONDI

ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSICOANÁLISIS / ASOCIACIÓN CULTURAL CRUCE

josearaymondi@gmail.com

José Alberto Raymondi. Doctor en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid. Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y socio de la Asociación Cultural Cruce. Compilador del libro: *Elecciones del sexo. De la norma a la invención* (Ed. Gredos). Autor de múltiples artículos y textos publicados en diversas revistas y libros vinculados al ámbito de la filosofía, la cultura y el psicoanálisis. En el último año se publicó en el Fondo de Cultura Económica el libro: *Jacques Lacan. El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea*. Allí se encuentra un capítulo acerca del inconsciente en Lacan.

RECIBIDO: 1 DE NOVIEMBRE DE 2017

ACEPTADO: 18 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESUMEN: En esta conversación se aborda un tema de especial interés en el marco del pensamiento contemporáneo: la biopolítica y su relación con lo que se puede considerar como las nuevas teorías de la subjetividad o el sujeto. El psicoanálisis se encuentra en la actualidad entre los discursos que han renovado la perspectiva moderna de la concepción del sujeto. Lacan se ha convertido en un autor subversivo de estas concepciones clásicas acerca de lo subjetivo. En ese marco conceptual, Jorge Alemán se ha erigido en los últimos años como un autor relevante para entender las posibles articulaciones entre política y psicoanálisis. Fundamentalmente sus desarrollos e innovación teórica permite un diálogo con los pensadores que luego de Foucault continúan pensando y produciendo en torno a la biopolítica. Esta conversación aborda puntos cruciales de los planteamientos más álgidos y complejos de ese debate actual.

PALABRAS CLAVE: Jorge Alemán, psicoanálisis, poder, sujeto, biopolítica.

ABSTRACT: This conversation deals with a topic of special interest for contemporary thought: biopolitics and its relationship with the new theories of the subject. Psychoanalysis is currently among the discourses that have renewed the moderate perspective of the conception of the subject. Lacan has become a subversive author of the classic conceptions about it. In this conceptual framework, Jorge Alemán has emerged as a relevant author to understand the possible links between politics and psychoanalysis. Fundamentally, his theoretical innovation allow a dialogue with the thinkers that after Foucault continue to think about biopolitics. This conversation addresses crucial points of the most critical and complex approach to this current debate.

KEYWORDS: Jorge Alemán, Psychoanalysis, Power, Subject, Biopolitics.

Raymondi, José Alberto.

“El poder no es el suelo natal del sujeto” Conversación con Jorge Alemán”.
Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 151-160.
DOI: 10.7203/KAM. 10.10996 ISSN: 2340-1869

J.A. RAYMONDI: A Foucault le debemos mucho, sobre todo si se intenta pensar el horizonte político de nuestra época. Entre algunas de sus consecuencias teóricas, quizá, la que ofrece un marco conceptual lo suficientemente amplio para esta conversación es la idea del biopoder y la biopolítica. En este marco, creo que la idea ya aceptada es que estamos ante una suerte de nueva ontología para entender el poder y su eficacia. Foucault ha revelado que el poder es una función vital: produce vida, interviene directamente en la subjetividad sin coacción alguna (al menos si entendemos la diferencia entre los aparatos disciplinarios y los aparatos que con Deleuze llamamos de “control”).

Tu producción intelectual, Jorge, se inscribe en una nueva teoría política de la subjetividad, y más concretamente en una nueva teoría política del sujeto. Una teoría política que se funda a partir de cuatro pensadores (Marx, Freud, Heidegger y Lacan). De ellos extraes el material para tu propia artillería conceptual. Diría que has sabido combinar y transformar sus ideas de un modo original. ¿Podrías, para iniciar la conversación, darnos un breve mapa de esta articulación? Creo que es importante porque, de alguna manera, Foucault y los otros pensadores “biopolíticos” (Agamben, Hardt y Negri, Rancière, Esposito, etc.), han intentado configurar un pensamiento político que permite concebir vías para aquello que se sustrae, que hace resistencia al poder en su modo neoliberal. Incluso en el plano, tal y como lo desarrolla Agamben, de la soberanía. Me parece que, en definitiva, todos ellos remiten a la noción de vida y a sus diferentes declinaciones, de las que nos iremos ocupando a lo largo de la conversación.

JORGE ALEMÁN: Es un tema bastante agudo y bastante complejo. En primer lugar, como tú sugieres, el gran mérito, el gran hallazgo de Foucault es haber abandonado la hipótesis represiva. Es decir, el poder, en su obra, se presenta como “relaciones de poder”, como relaciones de fuerza entre unos y otros, que son eminentemente productivas; es decir, el poder es creativo, es seductor, el poder genera incluso libertades. Es una concepción del poder que se desmarca del campo semántico desde el que el poder venía siendo tratado, según el cual este era una instancia exterior que oprimía y disciplinaba -o controlaba- a los cuerpos. Por el contrario, y en la medida en que el poder y el saber también establecen un nuevo tipo de relación en los textos de Foucault, esa extensión del saber hacia los cuerpos y hacia las subjetividades va generando progresivamente lo que en Foucault se denomina biopoder (tomar como objeto del saber distintos tipos de poblaciones, distintos tipos de colectivos) y, también, las denominadas “tecnologías del yo”.

Hay en Foucault (ya que has evocado mis 3 pensadores + 1: Marx, Freud, Heidegger, con Lacan puntualizando) un cierto debate con Marx. Mientras en Marx las ideas son siempre las ideas de la clase dominante (y había una focalización en la burguesía), y luego el sujeto era unificado bajo el nombre de “proletariado”, en Foucault, en la medida en que el poder no está centralizado, sino que, digamos, se ramifica (y hay efectivamente, ecos spinozianos de ello: de potencia, de afirmación, la lectura de Nietzsche, que tanto Foucault como Deleuze comparten), el sujeto que era eventualmente el proletariado (con todo lo que esto implicaba en el texto de Marx, en referencia a la extracción de la plusvalía, la participación del proletariado vendiendo, bajo la forma de fuerza de trabajo, su mercancía, etc.) queda seriamente desplazado. A partir de aquí, en Foucault se abre una política –una

biopolítica– de luchas múltiples. Emerge la multiplicidad. Es decir, ya no se trata de proseguir pura y exclusivamente en la línea de un solo sujeto –el proletariado–, sino que se trata de una multiplicidad de luchas: la del movimiento gay, los movimientos de los prisioneros, los movimientos en los centros psiquiátricos, etc. Hay una multiplicidad de frentes que se corresponde tal vez con el ocaso histórico del término “revolución” y del sujeto histórico de la misma –en relación con lo que decíamos antes en torno al proletariado–. Efectivamente, esto tiene, durante un periodo, un gran sentido político, porque ahí hay algo que se reconoce: que aparece una fragmentación nueva de distintos ámbitos de lucha, de distintos campos que se constituyen en relación con esas luchas. Hay además un cierto debate, que el propio Poutlanzas desde el campo del marxismo asume: ¿Hasta qué punto esa manera de abrir a esa multiplicidad de fragmentos sociales no está olvidando la lucha de clases, no está volviendo a relativizarla de manera excesiva?

Pero también hay en el propio Foucault, me parece, un núcleo problemático –uno de los núcleos más problemáticos de su propuesta política–: ¿cómo se resuelve esta tensión entre biopoder y biopolítica? Si el poder tiene esa cualidad ontológica de producir, de generar, de constituir, ¿cómo se sale de él? Si resulta que el poder no es represivo, y tiene estas condiciones que le permiten a las propias relaciones de poder configurar cuerpos y subjetividades, ¿cómo podría inaugurarse una contra-experiencia con respecto a él, a ese biopoder? Ese es el giro, me parece, que se da en el camino foucaultiano, cuando él, en una entrevista, de un modo bastante sugerente, dice: “En realidad, yo no estuve pensando ni era exclusivamente mi tema era solo el poder y las relaciones de poder, sino también el sujeto”. Y ahí está su seminario *La hermenéutica del sujeto*, donde él ya ha tomado nota, digamos, de esta problemática, de esta especie de circularidad que adquiriría el poder si este tiene esa capacidad ontológica y si la subjetividad tuviera su suelo natal en el poder. En este texto, Foucault vuelve a Grecia, que es un gesto eminentemente heideggeriano (en cierta ocasión, en un reportaje, había admitido la influencia de Heidegger), y la hace hablar, hace hablar a Grecia, en los términos de la actualidad. Y el psicoanálisis, que había sido un aliado en *Las palabras y las cosas*, que era una episteme aliada junto con la lingüística y la etnología, ya forma parte de los dispositivos del biopoder: el psicoanálisis es una pastoral, como ocurre en la *Historia de la sexualidad*. Foucault forma parte de esa constelación del mundo intelectual francés en la que en un momento se percibe a Lacan como a un agente con una capacidad inusitada de dominar el mundo y entonces lo conciben como a un enemigo a batir. Así me parece que lo perciben Deleuze, Guattari, Foucault. Hay un caldo foucaultiano - deleuziano que ve en Lacan un nuevo tipo de hegemonía sobre la teoría del sujeto que ellos necesitan desmontar. Bueno, en el último Foucault está ese seminario de *La hermenéutica del sujeto*, donde Foucault vuelve a Grecia y dice que el sujeto tendría una capacidad (en Grecia no existe la noción de pecado, sino que existe la noción de exceso, la *enkrateia*, que es el término griego al que él hace referencia) en relación a sí mismo pero también en relación a los otros (ahí hay una especie de bucle), a través de lo que él llama el “cuidado de sí”, donde el sujeto lograría entonces, de algún modo, sustraerse de la dinámica interna de las relaciones de poder, volviéndose él mismo una suerte de “amo de sí mismo” (esto no lo dice Foucault, lo digo yo), alguien que logra hacerse con su propia vida y alguien que de algún modo se da a él mismo las leyes de su propio vivir.

Es discutible qué tipo de operación es esta. Es una operación que yo creo que Foucault inventó para sustituir al psicoanálisis, porque es una operación que se realiza a través del maestro, en la relación con los maestros y los alumnos. Da la impresión que de esa manera se desaloja al psicoanálisis (la transferencia) porque hay un determinado vínculo entre el maestro y el alumno en donde, verdaderamente, se produce un proceso a través del cual el sujeto se puede hacer con un "cuidado de sí", que es una especie de cura a lo griego, donde evidentemente tiene que estar excluida la pulsión de muerte, la compulsión a la repetición, etc. Toda la temática de Freud ligada a la pulsión de muerte, la compulsión a la repetición, a la relación entre el superyó y la pulsión de muerte quedan eludidas. Por eso él va a Grecia, porque en realidad Foucault tal vez piense que esas temáticas freudianas son históricas y no constitutivas. Tal vez para Foucault es una construcción histórica y no algo que pertenezca a la dimensión constitutiva del sujeto. Así que entonces va a un mundo que le permite extraer algo que va a volver a la contemporaneidad: un "cuidado de sí". De hecho, teóricos lacanianos en Argentina han tratado de introducir un psicoanálisis foucaultiano y se han intentado apropiarse de los términos foucaultianos del "cuidado de sí" como un modo de anudarlo al psicoanálisis. Pero, sin embargo, yo creo que ahí se trata de (o al menos es uno de sus objetivos más importantes) lograr distanciarse definitivamente del psicoanálisis. "El uso de los placeres", que es una expresión de Foucault, connota claramente que se trata del placer y no del goce. Hay que decir que Lacan decía que, en Grecia, no se había podido pensar en ello (la base era el principio del placer) también por la presencia de los esclavos. Es decir, no necesitaban hacer el cálculo de cuánto duraba la hora de la fuerza de trabajo, porque el esclavo trabajaba hasta reventar, dice Lacan. En una de sus conferencias, creo que es en "Freud y el siglo", hace referencia a esto. El más allá del principio del placer no parece ser un tema griego. Pero ahí habría que hacer una profunda indagación historiográfica. El asunto es que Foucault le dice a Deleuze: "A mí no me gusta la presencia de la palabra 'deseo' en tu obra". Y Deleuze le dice a Foucault: "A mí no me gusta la palabra 'placer'". Ese es para mí uno de los grandes síntomas de la posible conversación entre ellos dos. Y el espectro, en esa conversación, implica a Lacan. Es decir: uno trataría de desalojar la palabra "placer", en Foucault, y el otro trataría de desalojar la palabra "deseo", que tiene un protagonismo determinante en el *Anti-Edipo*, de Deleuze. En cualquier caso, ahí está el asunto de que Foucault trata de pensar una relación con la verdad. Eso lo podríamos compartir desde el psicoanálisis: para Foucault hay una relación con la verdad en la medida en que la verdad te transforma. Eso viene de su lectura del helenista Pierre Hadot, del hecho de que en Grecia no hay una verdad que se confunda con el saber teórico constituido en las obras, sino que participa de la verdad aquel que se deja atravesar por la verdad y es transformado por la misma. Digamos, entonces, que en Foucault se abre esta consideración, donde puede haber una relación con la verdad, con el propio cuerpo, con la propia vida, que surge en Grecia como una anticipación de un dandismo. Es decir: alguien que maneja muy bien o sabe hacerse o se da a sí mismo las reglas propias de su vida (muy nietzscheano, por otra parte. Esto recuerda a los "días de fiesta propios" y "días de luto propio" de Nietzsche. Es decir, no los que nos marcan desde las relaciones de poder. Inventemos nuestros propios días de fiesta, inventemos nuestros propios días de luto). Claro, ahí está, como está mencionado en tu pregunta, el verdadero problema, para mí, sobre el

que he trabajado: en las relaciones de poder, y por lo tanto relaciones históricas, relaciones construidas históricamente, y por lo tanto antiesencialistas.

Nosotros, también, desde el psicoanálisis somos antiesencialistas, no estamos en la idea de esencias inmutables. Pero en el psicoanálisis hay un problema que al final me parece que desemboca en un debate ontológico: pensamos que no todo está constituido en las relaciones de poder, que hay una serie de cuestiones que hacen al sujeto. Esa es mi diferencia entre subjetividad y sujeto. Como lo suelo decir, brutalmente, con una metáfora salvaje, la emergencia del sujeto es una millonésima de segundo anterior a cómo el poder lo constituye, lo modula o lo construye. Para mí el suelo natal del sujeto no es el poder. Creo que si es el poder va a ser muy difícil salir de la circularidad en la que el propio Foucault se incluyó. Él fue el arquitecto de esa circularidad. Es algo semejante a lo que pasó con Heidegger. Heidegger afirmaba que había que atravesar la metafísica, para atravesar la metafísica había que atravesar lo que él denominaba la “*onto-teología*” (y por lo tanto había que atravesar no solo la filosofía sino por supuesto la teología), pero luego dice que “solo un dios puede salvarnos”, apoyándose en un poema. Ese dios, ¿dónde está? ¿Pertenece a la teología o hay que arrancarlo del círculo de la metafísica teológica y generar un espacio, una topología nueva, para ese dios? Hay algo semejante en Foucault, en el sentido de que una vez que, muy escrupulosamente, puntillosamente, ha determinado cómo son las relaciones de poder, cómo el poder hace lo que hace con las vidas, imagina una vida salvífica, una vida donde el sujeto se daría él mismo, a sí mismo, la ley para que esa vida pudiera funcionar. Sin embargo, como insistía antes, desde un punto de vista marxista tenemos (y tal vez Foucault no lo consideró uno de los elementos centrales del capital) lo que hace referencia a la plusvalía, lo que le hizo a Lacan decir que Marx era el inventor del síntoma: es decir, descubrir que en una estructura hay un elemento excedente que la estructura no logra nunca metabolizar.

J.A. RAYMONDI: Ese es un asunto que me gustaría retomar. Creo que este es el punto candente con respecto a las diferentes propuestas de estos autores biopolíticos que han trabajado y se han tomado en serio a Foucault, eso incluye sus propias contradicciones. Creo que ha habido intentos de hallar soluciones, salidas, incluso de crear algo diferente, a partir de este aparente circuito que no ofrece exterioridad con respecto a la producción del sujeto y el poder. Buscan la posibilidad de sustraerse, de resistir o de producir una emancipación –un término, por cierto, que en tus últimos textos está muy presente–.

Entre estos pensadores ha emergido una variante que se denomina “*biopolítica afirmativa*”. Este concepto nos puede llegar a interpelar. Por ejemplo, desde el psicoanálisis –incluyendo, por supuesto, tus diferentes propuestas teóricas en este campo del discurso– nos encontramos con un nivel que podríamos llamar de discusión político-ontológico –siempre que asumamos una frontera permeable entre el psicoanálisis y la filosofía–. Porque muchos de estos autores biopolíticos (Agamben, Hardt y Negri, Esposito, etc.) piensan que hay algo que precede a la captura del poder, es lo que llaman “*vida*” o “*potencia de vida*”. La pregunta que se nos impone es: ¿cuál es la naturaleza de eso que se llama “*vida*”? ¿Cómo se constituye? ¿Es un producto de los propios aparatos de poder o es algo que efectivamente precede a esos aparatos de poder? ¿Y habría algo, en esa captura, que se

escaparía, que podría sustraerse, ya originariamente –ontológicamente–, a esa constitución? ¿Sólo apelando a esa fuerza afirmativa, a esa potencialidad, es que pueden encontrarse los resquicios para que este poder no sea homogéneo?

Aunque no sean autores esencialistas, sí hay una concepción de la vida y de la naturaleza que se distingue de la concepción que ofrece –sobre todo a partir de Lacan– el psicoanálisis. Me parece que aquí hay un debate y una interlocución necesaria entre estos autores biopolíticos –que además están vivos–, y el discurso psicoanalítico. Estos pensadores no toman la noción de sujeto que se deduce de la construcción lacaniana, un sujeto susceptible de advenir en su poder emancipador originario (me refiero a este momento fundacional que Lacan piensa en un tiempo lógico como alienación–separación, y que pudiéramos pensarlo en términos de poder y de lo que se sustrae al poder), y a esto hay que agregarle el esclarecimiento conceptual de tu propuesta. Hay una manera en tu forma de plantear teóricamente este problema que remite a una teoría política del sujeto. El debate en última instancia, para estos autores, se sitúa también en ese nivel ontológico. ¿Cómo pensamos aquello que puede realmente sustraerse y puede afirmarse frente a un poder sobre el que, en este horizonte neoliberal, ya nadie duda que se infiltra en cada resquicio, capturándolo todo? En relación con esto encontramos asimismo la noción de “Imperio” de Toni Negri, que también has abordado en algunos textos y conferencias. Hay bastante cercanía, a mi modo de entender, entre esta noción y en cómo tú has traído a la discusión teórica actual, desde el psicoanálisis, lo que Lacan en los setenta construyó como “discurso capitalista”. Estos conceptos remiten a una idea de homogeneización y globalización, a que no existe un resquicio en el cuerpo social y político que no este capturado por el poder. Y esto, nos lleva de nuevo a pensar en qué se sustrae de ahí, qué figuras de exterioridad –o también (por usar el término que a mí me gusta más, y que no utilizan estos autores)– qué hay de inapropiable para el poder. ¿Cuál es la condición ontológica de eso inapropiable?

JORGE ALEMÁN: Es muy peliagudo este tema, porque yo comparto con todos estos autores que has nombrado y con el problema que has señalado que hay algo inapropiable en la vida. La vida se sustrae de esas relaciones de poder. Pero, una vez dicho esto, el problema está en lo que consideramos la “vida”. Hay dificultades estructurales en la perspectiva de Lacan para considerar a la vida nada más que como una potencia que se afirma a sí misma, que quiere una y otra vez perseverar en su ser (para usar una expresión de Spinoza). A veces me da la impresión de que estos autores solamente toman de la pulsión el momento del empuje. Pero esta noción está muy problematizada en Lacan. En primer lugar, porque no podríamos reducir solo el “montaje” pulsional (expresamente, Lacan lo llama “montaje”) al momento del empuje. Sí, claro, hay un empuje permanente que como el propio Lacan sostiene no tiene ni noche ni día ni estaciones, es una constante. Pero luego resulta que esa pulsión tiene elementos heterogéneos, porque además del empuje, resulta que no es lo mismo el fin y el objeto, a la vez circunda un vacío y a la vez vuelve sobre una zona del cuerpo que es tanto exterior como íntima y que exige una topología especial que es la zona erógena. Todo eso hace, finalmente, que entre la vida y el goce haya una relación de estructura que para mí es inextirpable.

Si leemos a los nuevos teóricos del capitalismo contemporáneo, todo aparece megaconectado, hiperconectado a una gran velocidad, y efectivamente es una descripción correcta. Indudablemente, en la "infoesfera", en el capitalismo algorítmico digital, todo está megaconectado a una gran velocidad (una empresa, por ejemplo, puede cambiar su domicilio social en un segundo mientras tú y yo tardaríamos un año en mudarnos). El asunto es que no hay una vida natural, una vida pura, una vida que solo se afirma en su potencia, sustraída de todo esto. O puede ser que la haya y entonces formamos parte de un debate que se debe mantener abierto. Pero en la tradición freudo-lacanianana, la vida está contaminada de goce, y si eso no se acepta me parece que puede retornar de una manera todavía más problemática.

Pensemos en *lalengua* misma, de la que habla el último Lacan, con su neologismo famoso en él aúna las dos palabras para diferenciarla de lo que él denomina la "elucubración científica" sobre la lengua que es el lenguaje. Lacan distingue claramente *lalengua* del lenguaje. *Lalengua* es una especie de ser vivo, en el sentido de que para Lacan compromete la vida, compromete la sonoridad, la voz, al goce, que no se reduce ya, pura y exclusivamente, a lo que Lacan denomina el "objeto a", sino que tiene una existencia que va más allá del goce referido al objeto de la pulsión, o al objeto causa del deseo. Lacan no deja nunca de pensar, además, en la ternalidad del nudo borromeo, en la presencia de los tres registros (de lo Real, Simbólico e Imaginario), y por lo tanto se hace muy difícil aceptar esta especie de monismo vitalista (que también podríamos encontrar en Bergson, que es un autor muy determinante para Deleuze), esta vida que pudiera ser verdaderamente aislable, separada, de los inconvenientes del goce, del embrollo del goce.

En todo caso, y teniendo en cuenta también que el destino del término "biopolítica" en Agamben, en Esposito, en Negri, merecería ser distinguido (porque cada uno se apropia de ese término y lo resitúa de un modo singular), tal vez ese sería uno de los grandes debates de esta época: discutir qué consideramos "vida". Si existe, en el que habla (en el que habla no de modo evolutivo, no en el sentido de cuando se comienza a hablar, sino en el sentido del que se ha hecho a través de *lalengua*) una vida susceptible de ser solo reducida al empuje.

J.A. RAYMONDI: Fíjate que hay algo que, de alguna manera, tiene un antecedente que también tú has señalado en tus textos. La tradición freudo-marxista precedente que depositó, ante un marxismo más determinista si se quiere, en otro concepto de Freud, en la libido, una posibilidad emancipatoria. Para estos autores que, sin haber distinguido con finura entre libido y pulsión, encontraron en esa conceptualización de la economía freudiana, una posibilidad de inaugurar allí, en eso intimísimo del sujeto, lo que no está atrapado. Pero tú, ante esta metafísica, que has denominado como "metafísica de la izquierda", y también para el debate con esta serie de autores biopolíticos, introduces ciertos matices, por ejemplo a partir de la construcción del goce que hace Lacan. Creo que en este punto preciso el psicoanálisis podría aportar algo distintivo, con respecto a la biopolítica, para borrar esa visión de cierto vitalismo, o cierto humanismo vitalista revolucionario, que ciertamente tiene algo de seductor (cuando leemos a estos autores todos podemos reconocer que algo que nos habita no es tocado por los aparatos disciplinarios y los dispositivos de control) pero que, sin embargo, luego, en

nuestra propia realidad sintomática, constatamos que es fallido, que no está sujeto a la voluntad, a una afirmación o (retomando la cita de Pierre Hadot) a una suerte de ejercicio espiritual que los nuevos materialistas pudiéramos asumir para posibilitar esta vía emancipatoria.

JORGE ALEMÁN: Sí, este punto es interesantísimo. Fíjate que Wilhelm Reich aparece de nuevo en Deleuze. Y en mi juventud fue importantísimo. Por ejemplo, la descripción (y ahí vemos de nuevo el nudo problemático de esta cuestión) de Reich de la personalidad fascista como una represión de la energía libidinal. Pero el nacionalsocialismo no se puede leer como una represión libidinal. Es más bien un exceso de goce. Se aprende más del texto de Lacan *Kant con Sade*. La propia Hannah Arendt recuerda cuando Eichmann dice que él es un modesto lector de Kant. Se aprende más de observar cómo, para Lacan, puede haber una vinculación entre estos dos autores (a veces: no condenemos de un modo taxativo el imperativo categórico kantiano aquí, como si Kant y los nazis fueran lo mismo). Lacan busca muy claramente los momentos en donde la ley es, vamos a decir, una “contrabandista del goce”. Entonces, ese par de represión, por un lado y desde arriba, y libido, por el otro y como fuerza subterránea, es una distorsión del problema. Si vamos al nacionalsocialismo asistimos a un festival sádico que incluso desde una lógica utilitarista militar de la guerra no cumplía ninguna función. Es probable que el exterminio estuviera más vinculado con el castillo sadiano que con el ejercicio de la guerra. No es tan sencillo decir que los nazis no cogen bien, no follan bien, no tienen una buena relación con su propia libido sexual y de ahí surge el fascismo. Es una lectura que resultaba muy simpática para el aire de los tiempos de la liberación sexual (que iba junto a la liberación de la familia). Había una serie de vasos comunicantes entre lo que comenzó como la liberación sexual freudo-marxista y luego el momento foucaultiano y luego el momento deleuziano. A grandes rasgos podríamos inscribir esto en una misma tradición, como yo pienso que hay una misma tradición en las dificultades que muestra el propio Marx para salir del capitalismo (si se lo lee atentamente y no se lo lee en el marxismo canónico, donde después se inventaron superaciones, construcciones del comunismo, etc.), en las dificultades que el propio Heidegger encuentra para salir de la historia metafísica (que es un salto que nunca está, de entrada, definido en términos conceptuales. El mismo Heidegger reconoce que no tiene un lenguaje para expresarlo) y en los mismos problemas que planteó Freud para el fin del análisis o el propio Lacan con respecto a lo que era salir verdaderamente de una experiencia en donde el sujeto no estuviera todo el tiempo determinado fantasmáticamente con su modo de gozar. Yo creo que en Lacan hay una asunción más radical del problema, mientras que estos autores que retoman el concepto de biopolítica necesitan, se ven llevados a señalar el punto que quedaría excluido o sustraído.

Por ejemplo, en el caso de Franco Berardi (que lo leí porque es muy leído entre los jóvenes) hay algo *naïf*. Para él hay un momento que, como en Foucault, ya está todo hiperconectado. Y es así: el capital tiene una capacidad para metamorfosearse, de vincular lugares, de conectar tiempos y espacios, de generar un mundo donde realmente uno no es más que una especie de instante que se conecta con otro y que se metamorfosea todo el tiempo. Y luego él habla de una suerte de retirada a espacios de libertad, de “goce”, dice él, de amistad. Pero es que esa retirada no puede ser un

desenlace, está el punto de partida del problema. El punto de partida del problema es que el que está participando de estos espacios está atravesado por todas las consideraciones que Lacan abrió con respecto a lo que es gozar de la vida. Incluso si aceptamos que en Lacan hay un goce de la vida que no se puede reducir al “objeto a”. Incluso si admitimos la apertura que él hizo al goce femenino (como un goce no fálico) o sus esquemas de, por ejemplo, el Seminario 20, en el que hay una especie de modelo topológico en donde el “objeto a” está por un lado, del lado del semblante, y en cambio aparece una lúnula de goce que ya no sería el “objeto a”, que haría pensar que este es un goce que no está limitado ni acotado por el “objeto a” y que está, vamos a decir, presente en el cuerpo del ser hablante. Bien, ese puede ser un problema. Pero con todo sigue siendo un goce, sigue siendo un más allá del principio de placer, sigue siendo algo que no se puede desanudar de *lalengua*, sigue siendo algo que es una consecuencia de la captura de *lalengua* y de la vida. El propio zócalo pulsional no podría ser pensado (por eso la palabra “montaje”, por eso la palabra “artificio” que utiliza Lacan) sin la entrada de la lengua en el cuerpo. En definitiva: yo creo que para sostener a la vida ontológicamente como la sostienen, estos autores necesitan excluir el momento (un momento lógico, no cronológico) en donde el cuerpo queda atravesado por la lengua. Necesitan excluir el momento de ese encuentro. Necesitan excluir cómo queda agujereado un cuerpo por la lengua y cómo hay una serie de constantes en el modo de gozar que están en relación con esos agujeros, con ciertos automatismos de la lengua, etc.

J.A. RAYMONDI: Estos autores, los que hemos mencionado, no han incorporado a Lacan para acercarse a esta cuestión política. Tú, en cambio, sí has puesto de relieve el discurso analítico como un factor que debe ser considerado, en su fuerza teórica, para pensar la política actual. Sobre todo, a la hora de pensar las lógicas de salida de los circuitos del Imperio, del “discurso capitalista” del horizonte neoliberal –y para las cuales, en todo caso, no podemos renunciar ya a las referencias al biopoder o a la biopolítica. Entonces, ¿qué consideras que podría decirle el psicoanálisis que inaugura Lacan a estos pensadores que toman la biopolítica como el eje de sus teorías? ¿Qué puede permitir u ofrecer para nutrir este debate, en torno a la vida y a la política?

JORGE ALEMÁN: Estaría en relación con lo que tú mencionabas sobre lo inapropiable. Lo que le diría yo a estos pensadores es que, a mi modo de ver, son magníficos cuando describen los pormenores del capitalismo contemporáneo, pero también que llega un momento, en sus postulados, en que la propia subjetividad es idéntica a lo que describen. Es decir, que no podemos encontrar en ellos, finalmente, qué sería inapropiable para esa megaconexión del capital porque para ellos la propia subjetividad, en su inconsciente, en su espacio onírico, en su espacio de goce, está intervenida por todos estos dispositivos. De tal manera que la subjetividad casi se vuelve idéntica a la mercancía. No lo van a admitir de este modo. Pero en el eje Deleuze-Guattari y hasta Berardi, uno tiene la sensación de que, al final, la subjetividad está en el mismo circuito, en el mismo régimen de circulación, en la misma modalidad de intercambio y metamorfosis en los que están los dispositivos del nuevo mercado digital, la infósfera, etc. Con lo cual, creo que ahí hay un problema ontológico. Le hemos asignado a estos, en

una descripción esmeradísima, tanta potencia (que la tienen, sin duda) que, directamente, han engullido todo. La subjetividad iría de un lado a otro, como van los flujos que atraviesan el capitalismo contemporáneo.

Y a la vez, y para seguir en un debate como el que propone esta conversación, yo invitaría a los lacanianos también a leer a estos autores. Es cierto que, si Lacan entra dentro de estos autores, a estos se les descarrilarían algunos de los tramos teóricos más importantes de los que han construido. Pero también es cierto que, para nosotros, el hecho de que Lacan esté muchas veces muy separado de estos debates tampoco nos beneficia. Y no para intervenir sobre nosotros, sino para intervenir sobre el propio psicoanálisis en su dilucidación. Creo que sería muy interesante pensar, leerlos, entender cómo han pensado la época, para entender también verdaderamente quiénes somos nosotros, cómo está construido nuestro discurso y, sobre todo (y claro, siempre es una apuesta que no está garantizada), cómo se va a insertar el discurso psicoanalítico en el mundo. El debate que trato de sostener con estos pensadores contemporáneos, trato de que sea un debate conmigo mismo, es decir, en el que yo mismo ponga en tensión los términos lacanianos, y que esos términos no funcionen solamente como una bandera, o como una identidad, o como algo que le haga saber a los demás en qué discurso me he posicionado, sino como algo que permita indagar nuestro propio discurso. Porque si no, creo que se nos está perdiendo incluso eso que el propio Lacan dijo acerca de vincular el psicoanálisis al horizonte de una época.

II. IMÁGENES DE LA ENFERMEDAD

ERROR DE CÁLCULO. VIDA Y ENFERMEDAD EN LA LITERATURA LATINOAMERICANA

Miscalculation. Life and illness in Latin American literature

CECILIA SÁNCHEZ IDIART

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES / CONICET (ARGENTINA)
cecisi89@gmail.com

Licenciada y Profesora en Letras por la Universidad de Buenos Aires. Estudiante de la Maestría en Literaturas Española y Latinoamericana y del Doctorado en Literatura en la misma universidad. Becaria doctoral del CONICET con un proyecto de investigación sobre las relaciones entre la vida común, la política y los afectos en la literatura latinoamericana contemporánea. Sus últimas publicaciones son “Después de la derrota. Temporalidades y estéticas de la vida común en *Jamás el fuego nunca* de Diamela Eltit y *El Dock* de Matilde Sánchez” (*CELEHIS. Revista del Centro de Letras Hispanoamericanas*, 2016) y “Desbordes. Vida, política y estéticas del exceso en Osvaldo Lamborghini y Diamela Eltit” (*Perífrasis. Revista de Literatura, Teoría y Crítica*, 2016).

RECIBIDO: 30 DE MAYO DE 2017

RESUMEN: A partir de una pregunta por las enfermedades y desórdenes de los cuerpos y los saberes sobre la vida, las novelas *A céu aberto* (1996) de João Gilberto Noll, *Impuesto a la carne* (2010) de Diamela Eltit y *Fruta podrida* (2007) de Lina Meruane exploran las transformaciones que atraviesan las antiguas instituciones disciplinarias bajo las condiciones de un nuevo dispositivo de poder que aspira a la gestión de la población como capital humano. Contra cualquier imperativo de eficiencia, las novelas hallan en la enfermedad la potencia de invención de lenguajes y modos de vida común que exceden los cálculos del Estado y el mercado.

PALABRAS CLAVE: Biopolítica, enfermedad, afecto, lo común, literatura latinoamericana contemporánea.

ACEPTADO: 22 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: Through the interrogation of illness and knowledges about life, the novels *A céu aberto* (1996) by João Gilberto Noll, *Impuesto a la carne* (2010) by Diamela Eltit and *Fruta podrida* (2007) by Lina Meruane explore the transformations undergone by former disciplinary institutions under the conditions of a new apparatus of power which aspires to manage the population as human capital. Against any imperative of efficiency, these novels find in illness the potential of invention of languages and modes of common life that exceed the calculations of the state and the market.

KEYWORDS: Biopolitics, illness, affect, the common, contemporary Latin American literature.

Sánchez Idiart, Cecilia.

“Error de cálculo. Vida y enfermedad en la literatura latinoamericana”.
Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 163-178.

DOI: 10.7203/KAM.10.10254 ISSN: 2340-1869



En *Literatura/enfermedad. Escrituras sobre sida en América Latina*, Alicia Vaggione se dedica a investigar la narrativa en torno a esta enfermedad producida en la región a partir de los años noventa, y descubre en novelas como *El desbarrancadero* (2001), de Fernando Vallejo, o *Pájaros de la playa* (1993), de Severo Sarduy, la irrupción del sida como acontecimiento que inscribe la vida en una temporalidad signada por la inminencia de la muerte. Otra serie de ficciones latinoamericanas contemporáneas, sin embargo, se desvía del horizonte de catástrofe que imponía el sida cuando equivalía a una sentencia de muerte para orientarse hacia la exploración de enfermedades y desórdenes de los cuerpos que plantean interrogantes sobre los discursos y prácticas del saber, los dispositivos de gobierno de lo viviente y la posibilidad de invención de nuevos modos de vida común. Antes que proponer “un decir o un tono necrológico” (Vaggione, 2013: 39), estas ficciones se interesan especialmente por narrar las mutaciones que la enfermedad produce sobre los cuerpos y las variaciones en sus poderes de afección, en una pregunta, tanto estética como política, por los saberes sobre la vida y sus potencias.

En particular, las novelas *A céu aberto* (1996), de João Gilberto Noll, *Impuesto a la carne* (2010), de Diamela Eltit, y *Fruta podrida* (2007), de Lina Meruane, interrogan las transformaciones que atraviesan las antiguas instituciones disciplinarias –el ejército, el hospital y la fábrica, respectivamente– bajo las condiciones de un nuevo dispositivo de poder que ya no busca tanto asegurar la productividad y la obediencia del cuerpo individual, sino que más bien aspira a la gestión de la población como capital humano, a la regulación de su circulación por espacios abiertos, y a la modulación de las relaciones afectivas entre los cuerpos. Es Foucault quien conceptualiza el pasaje, a partir de mediados del siglo XVIII en las sociedades occidentales, de una anatomopolítica centrada en la vigilancia y el adiestramiento de individuos al interior de instituciones como el cuartel y la prisión, a una biopolítica que toma como objeto los procesos biológicos que afectan al cuerpo múltiple de la población, desde la natalidad y la reproducción hasta la enfermedad, la mortalidad y la higiene. En el curso *Defender la sociedad*, Foucault señala, además, que el surgimiento de este nuevo dispositivo de poder supone, en relación con la morbilidad, que la enfermedad en tanto fenómeno de población ingresa a los cálculos del biopoder como factor permanente “de sustracción de fuerzas, disminución del tiempo de trabajo, reducción de las energías, costos económicos” (2001: 221). Las novelas de Noll, Eltit y Meruane visibilizan la enfermedad como objeto de diversas técnicas de poder orientadas hacia la producción de cuerpos saludables, al mismo tiempo que, más allá de la norma de un saber médico aliado a los intereses del poder estatal y el mercado, encuentran en los desórdenes y las mutaciones de los cuerpos la potencia de reinventar la vida común como posibilidad de error y exceso. Los lenguajes, saberes y prácticas que se articulan alrededor de la enfermedad irrumpen en estas ficciones para desarreglar los cálculos del biopoder, para deshacer la figura de un cuerpo individuado y exponerlo al contagio con materias heterogéneas que no se dejan reducir a la cifra o al dato estadístico.

El ejército indisciplinado que se enfrenta en *A cielo abierto* a un enemigo impreciso, el hospital de *Impuesto a la carne* gobernado por las fuerzas del mercado y la empresa frutícola sometida a un feroz imperativo de eficiencia en *Fruta podrida* funcionan como regímenes de captura de cuerpos que

ponen su potencia al servicio del capital, a la vez que como órdenes de producción discursiva que trazan clasificaciones y jerarquías sobre la multiplicidad de lo viviente. En este sentido, a través de la materialidad de un lenguaje inmanente al plano de los cuerpos, estas ficciones se lanzan hacia una exploración estética del afecto como umbral de composición y descomposición de los cuerpos para producir políticas de lo común que se desvían con respecto a la normatividad impuesta por el Estado y el mercado. En contra de un imperativo de la salud (Costa, 2008) que regula las prácticas y los saberes contemporáneos vinculados al cuidado del cuerpo –y que concibe a éste como un capital que debe ser administrado–, en estas novelas la enfermedad se reivindica como derroche improductivo, como potencia de mutación de una vida que se demuestra siempre en exceso en relación con los dispositivos de saber-poder que aspiran a gobernarla.

La enfermedad no se inscribe en estas ficciones como metáfora o alegoría de procesos históricos, políticos y sociales como pueden ser la descomposición de las identidades nacionales y la emergencia y consolidación del neoliberalismo en América Latina¹. Resulta innegable que las novelas procesan diversos materiales y acontecimientos de la historia latinoamericana a fin de indagar críticamente las transformaciones del poder y el capital en el presente. Tras el fin de la dictadura en Brasil y el regreso de la democracia, la novela de Noll reflexiona alrededor de las posibilidades de la vida colectiva reconociendo el agotamiento de la épica revolucionaria que había animado a toda una generación de militantes. *Impuesto a la carne*, por su parte, publicada en el año del Bicentenario del inicio del proceso de independencia en Chile, refiere y recupera una serie de episodios de la historia nacional –la huelga de la carne de 1905 a la que alude el título de la novela, las luchas del movimiento anarquista y la masacre de obreros del salitre en 1907– para preguntarse de manera más amplia por los regímenes contemporáneos de captura de cuerpos y las vías posibles de resistencia. Finalmente, *Fruta podrida* se dedica a explorar los efectos que tienen sobre los cuerpos y las subjetividades los nuevos mecanismos de un capitalismo neoliberal que tiende cada vez más hacia la subsunción de la vida entera al trabajo y hacia la precarización y flexibilización de las condiciones laborales.

Ahora bien, también debe notarse que la interrogación de la enfermedad que estas narraciones proponen sitúan en un primer plano la materialidad de los cuerpos y sus desbordes para configurar a partir de allí un entramado de discursos, prácticas, técnicas y saberes que se deslizan incesantemente entre lo natural y lo social, entre lo biológico y lo político, entre la materia opaca de los cuerpos y su inscripción siempre inestable en los marcos de inteligibilidad que definen la vida social y política. El recurso a la metáfora constituye un modo de leer privilegiado a la hora de abordar el lugar de la enfermedad en las producciones culturales, sin duda por la notable influencia que han tenido los ensayos de Susan Sontag (2003) en torno al tema. Aquí, sin embargo, se tratará más bien de atender a la íntima imbricación que estas novelas traman entre el lenguaje de la vida y los vocabularios de la política. Si los debates teóricos en torno a la biopolítica plantean el desafío de “pensar la política en la forma misma de la vida” (Esposito, 2011: 22), y la vida, a su vez, como el proceso inacabado de “una

¹ Tal es la lectura que proponen varios estudios críticos recientes sobre estas novelas en relación con los problemas del cuerpo y la enfermedad (Laise, 2016; Pastén, 2012; Scarabelli, 2015; Rodrigo-Mendizábal, 2015; Barrientos, 2015; Zamorano, 2016).

continua potenciación” (130), y si, por otro lado, todo discurso del saber produce efectos de poder (Foucault, 2001), ya no resulta tan nítida la cesura que supone la metáfora entre un sentido identificable como propio (por ejemplo, según Sontag, el discurso científico sobre la enfermedad²) y un sentido figurado o desplazado (miedos, mitologías y estereotipos sociales asociados a la realidad física de la enfermedad).

Lejos de sostenerse sobre una distinción neta entre la naturaleza y la cultura, estas novelas interrogan precisamente la politicidad de lo biológico, la implicación inmediata de lo viviente en la política por la cual los saberes sobre la vida resultan indisolubles de los poderes que se ejercen sobre ella. Siguiendo a Zourabichvili (2007) en su discusión de la cuestión de la metáfora en Deleuze, en la literalidad estricta de un uso del lenguaje que se postula como un protocolo de experiencia, la lógica es la del encuentro o la contaminación entre significaciones y materias heterogéneas antes que la del desplazamiento unidireccional desde lo propio hacia lo figurado. Es, de este modo, en la configuración de relaciones singulares entre cuerpos, técnicas de poder y discursos del saber donde estas ficciones encuentran la potencia de una interrogación estética y política de la enfermedad que aspira a producir un nuevo saber sobre la vida.

A LA DERIVA

La escena inicial de *A cielo abierto* presenta al narrador y a su hermano despertando aturridos y hambrientos en una habitación descuidada que no es suya. Ni bien abre los ojos, el narrador toca la piel fría de su hermano y luego apoya el torso y la cabeza de él entre sus brazos, “como normalmente se hace con un niño ya sin fuerzas” (Noll, 2009: 11): recuerda de inmediato que, como él “era el mayor, necesitaba hacer algo por la salud de [su] hermano” (10). En efecto, el cuidado del hermano, enfermo de una dolencia imprecisa, funciona como premisa de la narración: los jóvenes se internan en un campo de batalla en busca de su padre con la intención de solicitarle algo de dinero para comprar medicamentos. Sin embargo, la travesía los lanza hacia toda una serie de peripecias, extravíos y encuentros casuales que provocan sucesivas transformaciones en sus cuerpos y motivan su constante desborde.

La narración avanza de manera discontinua escandida por las urgencias de cuerpos desorientados en el espacio y en el tiempo que se reconocen hechos “de pequeñas necesidades casi siempre contrariadas” (17), en conflicto entre sí. Lejos de la forma estable de un organismo autosuficiente, el cuerpo se configura como potencia variable de afectar y ser afectado, de componer relaciones con otros cuerpos y materias. Es, de hecho, la enfermedad del hermano lo que le hace advertir al narrador que “es eso de lo que estamos hechos, de necesitar, necesitar, ¿no has oído esa historia todavía no?!” (18). Como si la novela misma fuese el relato de esa incesante producción de deseo, se enlazan sucesivos acontecimientos mínimos que conciernen a líneas de aumento y

² Sostiene Sontag en el capítulo inicial de *El sida y sus metáforas*: “La enfermedad y sus metáforas no es una simple polémica, es una exhortación. Mi mensaje era: Haz que los médicos te digan la verdad; sé un paciente informado, activo; consigue un buen tratamiento, porque lo hay” (2003: 100).

disminución de potencia y transiciones entre estados afectivos que desdibujan las fronteras entre el cuerpo individuado y su afuera. El hermano, que solo parece desear “salir de sí” (18), al tiempo que se deshace en vómitos y es sacudido por temblores de fiebre, ensaya un nuevo lenguaje de jadeos y gemidos que, desarreglando la “corriente normal de una palabra después de la otra” (19), emerge de los pliegues del cuerpo y los afectos que lo atraviesan. En contra de la progresividad del aprendizaje y de la secuencialidad del lenguaje articulado, la enfermedad conduce a “desaprender de hablar” (18), y hacia la producción de un nuevo saber experimental sobre el cuerpo que suspende momentáneamente el orden normativo del discurso.

Si bien el hermano experimenta inicialmente una disminución en su poder de actuar que lo hace depender de la fuerza y destreza del cuerpo del narrador, la enfermedad no se vuelve objeto de normalización médica ni de disciplinamiento militar, sino que impulsa hacia un proceso de mutación y desidentificación incesantes acompañado de un continuo desplazamiento espacial. Tan pronto como el narrador reconoce que “renegaría de [su hermano], volvería la cara de lado y lo dejaría en las manos del enfermero o de quien estuviera cuidando de él” (56), el hermano atraviesa una transformación que lo vuelve irreconocible: “Había ganado una suavidad en la mirada [...], y yo allí por unos buenos minutos [...] analizando a ese hermano que ya no reconocía, quién sabe andaba transformándose en mi hermana” (69). Más adelante, la experiencia de desobjetivación se torna aún más radical cuando el hermano adopta una presencia difusa que vacila en el límite de lo perceptible y se resiste a ser fijada en una forma, identidad o ubicación precisas:

En medio de dispersos ruidos de cubiertos y platos la presencia de mi hermano era casi física, no sé decir bien dónde, detrás de la cortina, allá dentro en el cuarto leyendo unos versos, o allí en la médula de la mujer que a veces me miraba fijamente y me atizaba sin querer para que yo descubriera el misterio de él hasta el fin (95).

A lo largo del derrotero de los hermanos por el campo de batalla de una guerra en la que no se sabe bien quiénes son los bandos que se enfrentan ni para qué lo hacen, el narrador se muestra ajeno al uso de los cuerpos impuesto por un poder disciplinario en crisis que ya no logra modelar individuos dóciles y productivos. La disciplina militar aspira a la producción de sujetos de acuerdo a un régimen de inteligibilidad que dispone los cuerpos de los soldados en una “línea razonablemente recta de frente y de lado, todos con plaquitas en el pecho con el nombre y número de cada uno” (23). Pero frente a estos dispositivos de captura que se deslizan de la identificación inequívoca de cada individuo a su integración en la masa indistinta y homogénea conformada por el batallón, los hermanos “no pasan de ser dos criaturas sueltas e incógnitas” (11), anónimas e ilegibles ante las tecnologías del poder disciplinario.

Los cuerpos de los soldados uniformados y endurecidos en la posición de firmes, gritando al unísono animados por la voluntad común de exterminar al enemigo ponen su vida al servicio de una guerra innominada en la que es incierto “de quién exactamente venía la amenaza, cuál era su sustancia” (47) y por qué causa se combatía. Desde la mirada extrañada del narrador, de inmediato se advierte la inexperiencia y debilidad de aquella multitud desordenada de soldados, muchos de ellos imberbes y temerosos, que se enfrenta a un ejército que “exhala la sensación de estar aproximándose

con potentes carcazas aéreas” (57). Invirtiendo el signo de esta flaqueza militar para convertirla en la potencia de invención de un nuevo modo de vida, el narrador, tan pronto como se le ordena tomar el lugar de un centinela, sueña con desertar, con hacerse pasar por muerto, con desfigurar su rostro hasta volverlo irreconocible y así evitar ser descubierto³. El trabajo como vigía nocturno, lejos de presentarse como un servicio provechoso para las tropas, figura como una tarea eminentemente improductiva que “ni siquiera tenía mucha razón de ser, ninguna finalidad expuesta” (103). Desde lo alto de la torre de centinela, el narrador logra incluso conquistar un silencio que no se asemeja a aquel propio del estado de alerta exigido del soldado, sino que se asume más bien como un estado de suspensión que le permite, por un lado, aprehender “la extensión de [su] temor por aquella guerra en la que repentinamente estaba inmerso” (47) y, por otro, imaginar posibilidades de fuga que lo aparten de la brutal economía de los cuerpos del campo de batalla.

Siempre fuera de lugar, suspendido en un estado anfibio entre el sueño y la vigilia, el narrador se convierte, en efecto, en un desertor: tras abandonar su puesto, deambula como borracho por dunas, bosques y playas; no sabe cómo regresar al campamento, y llega incluso a preguntarse en qué país se encuentra. Si la cuadrícula disciplinaria inscribe los cuerpos en el espacio cerrado de una institución como la militar para descomponer “a los individuos, los lugares, los tiempos, los gestos, los actos, las operaciones” (Foucault, 2006: 75) y determinar secuencias óptimas de conducta –la forma más adecuada de cargar un fusil, la mejor distribución de los soldados para un ataque–, la novela de Noll construye el escenario de un radical desajuste entre la normalización de la disciplina y la circulación desorientada de cuerpos por espacios abiertos de fronteras porosas e inciertas. En permanente desplazamiento, el narrador reniega de todo lo propio y de cualquier espacio de pertenencia para reivindicarse como expatriado y fugitivo⁴, y circula indocumentado por territorios que ya no se corresponden con la extensión delimitada del Estado-nación: “en verdad no debería salir por ahí en busca de otra región que me acogiese y me diese algún sustento [...] porque era seguro que no lo encontraría” (Noll, 2009: 66). Los desbordes y extravíos de una vida excluida del campo de la ciudadanía que se declara “escandalosamente libre de las urgencias del mundo” (45) vuelven visible la politicidad de los discursos, prácticas y técnicas que capturan lo viviente para administrar los cuerpos de acuerdo a una moral patriótica del sacrificio que se vuelve crecientemente difusa en el contexto de una guerra que parece embestir contra la idea misma de nación.

Al mismo tiempo que *A cielo abierto* narra la crisis de la disciplina como dispositivo de encierro, descubre en el afecto entendido como potencia relacional de los cuerpos y umbral de su cohesión y disgregación la nueva materia de una política ya no interesada tanto en moldear un cuerpo individual, fijar sus fronteras y asegurar su obediencia, sino más bien orientada a gobernar los excesos

³ Con respecto al desmontaje de las narraciones épicas de la modernidad y, en particular, de la experiencia de la militancia revolucionaria en la escritura de Noll, Paloma Vidal analiza en el cuento “Alguna coisa urgentemente” el surgimiento de “un personaje diametralmente opuesto a la figura del héroe o del mártir o de cualquier otro ejemplar de una moral de la victimización y de la salvación” (2009: 437). Lejos de cualquier mandato sacrificial, el narrador de *A cielo abierto* también se aparta de las figuras del héroe y el mártir para volcarse hacia una vida que se sostiene en el continuo desarraigo.

⁴ Ferreira de Almeida (1998) analizó tempranamente en *A cielo abierto* la intensidad del devenir de una subjetividad expandida y nómada, continuamente dislocada.

del cuerpo colectivo de la población. Ahora bien, sustrayéndose a la lógica de un poder sobre la vida que aspira a regular la circulación de personas y cosas, contener sus desvíos y reducir el margen de imprevisibilidad al que están sujetos los fenómenos biológicos de la población, la novela elabora un saber práctico sobre la vida y sus mutaciones que produce, a partir de los desbordes del afecto, nuevas composiciones de lo común que, contra cualquier capacidad de previsión, se resisten a ser capturadas por los cálculos del biopoder. Se trata, como sugiere Gabriel Giorgi, de un “saber de lo que pasa entre cuerpos” (2014: 262) que emerge de la multiplicidad de sus relaciones y de la exploración de sus umbrales siempre frágiles. Lejos del imperativo de la salud impuesto por la normatividad del saber médico, la novela se puebla de fluidos, contagios y desbordes afectivos⁵ para plantear una pregunta tanto estética como política por los poderes de afección de los cuerpos y la inestabilidad de sus umbrales de figurabilidad. Así, los personajes de Noll se deshacen en sollozos, escalofríos y náuseas; son atravesados por fuerzas y deseos que exceden toda voluntad subjetiva, y encuentran en los desórdenes de los cuerpos no ya el signo de una enfermedad que deba ser tratada para restablecer un estado de salud óptimo, sino la potencia de invención de asociaciones afectivas que producen configuraciones inéditas de lo común en la composición de materias heterogéneas:

Manchas horrendas dominan sus cuerpos, de todos los poros son secretadas sustancias purulentas, y lo más curioso [...] es que el personaje [...] comienza a lamer aquellos cuerpos a esta altura putrefactos y a ganar con el gesto una fuerza inusitada [...] que lo lleva en asunción a los cielos como María (Noll, 2009: 101).

Incluso el pensamiento es configurado como una materia fluida y contaminada que se derrama hacia afuera del cuerpo: “me quedé allí arrodillado en el barro palpando mi mente molida de donde ya no era eliminado lo que llaman pensamiento sino sólo un líquido sucio con el olor embutido del eructo” (50). Movidada por un impulso de vida que se actualiza en sucesivos estados transitorios –de la alegría al llanto, de las ansias de desaparecer al deseo de devenir otro, del “estado bruto de la vida hacia una especie de existencia más difusa y elemental” (166)–, la narración inventa un lenguaje cargado de una sonoridad que emerge de los afectos que atraviesan los cuerpos. El discurso es expulsado fuera de sí por aullidos, gritos y carcajadas que introducen inflexiones contiguas a las voces de los animales o al sonido del “ramaje de aquel árbol allí que espera por el viento para poder balancearse” (121). Se trata de un lenguaje que no recurre a la metáfora ni funciona tampoco por medio de la representación, sino que opera a partir de la composición de series de “imágenes, diálogos, situaciones” (88) para producir zonas de contagio entre discursos, prácticas y materias que vuelven opacas las distinciones jerarquizadas entre lo humano y lo animal, lo orgánico y lo inorgánico. Desde el materialismo radical de la estética de Noll, los desórdenes y afectos de los cuerpos se convierten en la materia de una política de lo común que incesantemente se desmarca de toda forma estable y de todo espacio de pertenencia.

⁵ Reinaldo Laddaga se refiere, en su lectura de *A cielo abierto*, a “una licuefacción terminal de lo humano” (2007: 88) vinculada con el interés de la novela por la indagación de la materia de los cuerpos.

UNA COMUNA DE LA CARNE

En una de las lecciones de *Nacimiento de la biopolítica*, Foucault expone la teoría del capital humano desarrollada por la Escuela de Chicago y busca, a partir de ella, comprender el neoliberalismo no meramente como una doctrina económica, sino como un modo de gobierno de la vida que despliega una racionalidad de mercado sobre el terreno entero de lo social. El capital humano remite a la figura de un sujeto aprehendido como *homo oeconomicus* o empresario de sí mismo que es responsable de su propia productividad, mejora y valorización en cuanto capital. El conjunto de las capacidades heredadas y adquiridas por un trabajador, desde su constitución genética y su propensión a contraer ciertas enfermedades hasta su formación profesional, se cuantifican como inversiones en capital humano que ingresan a un cálculo de ganancias y pérdidas, de beneficios y riesgos. Buena parte de este lenguaje y de esta racionalidad circula por el hospital de *Impuesto a la carne*, donde la narradora y su madre se hallan recluidas desde hace largas décadas y, bajo un régimen de excepción permanente y difuso, son sometidas a continuas intervenciones médicas que les extraen órganos y sangre para venderlos en el mercado.

Las prácticas y discursos producidos en el teatro de experimentaciones montado sobre los cuerpos de las enfermas, afectadas por una “agonía civil crónica” (Eltit, 2010: 42), se deslizan sin cesar de lo biológico a lo político, de la inscripción social de los cuerpos a su tratamiento como “una producción de la medicina, un simple y prescindible insumo o una basura médica” (13). Mientras que en *A cielo abierto* las tecnologías del poder disciplinario aspiraban a aprehender los cuerpos bajo el régimen de una economía de guerra que exigía del soldado una disposición a “morir aferrado a la causa del combate incluso sin alcanzarla” (Noll, 2009: 135), en la novela de Eltit la medicina como dispositivo de saber-poder vacila entre la protección y la destrucción de la vida, entre el cuidado de la salud de la población y la producción de cuerpos desechables que habitan “los escalafones más insignificantes del tendadero social” (Eltit, 2010: 130). El hospital se configura como un espacio de límites imprecisos que carga con una larga historia superpuesta con la de la nación chilena: mientras se celebran las conmemoraciones por el bicentenario de la patria, la narradora y su madre sueñan con huir del hospital y de “una vida escrita y diseñada por las propagandas nacionales” (171) para ir en busca de otros modos de vivir y de nombrarse. Así, antes que funcionar como una institución de encierro orientada al disciplinamiento del cuerpo individual, el hospital se hace cargo de gestionar la salud de “una línea multitudinaria de cuerpos” (12)⁶ de acuerdo a una lógica que conjuga una tecnología de poder racista con una racionalidad económica.

En la administración de los umbrales decisionales entre la vida y la muerte, lo normal y lo anormal, la salud y la enfermedad, el biopoder traza cesuras sobre el *continuum* de lo viviente para distinguir entre vidas que merecen ser protegidas y vidas que deben ser eliminadas a fin de asegurar la

⁶ Al respecto, Miguel Martínez García señala, en su análisis de la novela, que “no es tanto que el hospital [...] parezca un mundo cerrado e infranqueable, sino que el mundo en el que viven se ha convertido definitivamente en un hospital” (2015: 295).

supervivencia y el fortalecimiento de la especie⁷. La patria médica compromete los órganos de la narradora y su madre “enfermándolos mediante un programado proceso de ósmosis” (58) porque su anormalidad –sus huesos irregulares, sus incontenibles hemorragias, sus bronquios colapsados– amenaza y ofende “a lo más valioso de la especie humana” (40). Recortadas contra la claridad fluorescente del cuerpo médico, las mujeres morenas, bajas, feas y seriadas, apenas reconocibles como humanas, constituyen el blanco principal de un poder sobre la vida que aspira a defender la especie de toda potencial degeneración.

Ahora bien, las prácticas y saberes médicos capturan los cuerpos de las mujeres bajo un régimen de propiedad que, antes que aspirar a su exterminio, busca mantenerlas con vida aunque perpetuamente enfermas para lucrar con la venta de su sangre, órganos y tejidos en el mercado. Excluidas del campo de la ciudadanía y de los relatos de la historia oficial, las enfermas son sometidas a continuas operaciones que deshacen y recomponen la materia de sus cuerpos y los objetivan por medio de un lenguaje atravesado por una lógica de mercado. El cuerpo médico ejecuta “el poder o la gracia de permitir la vida y decidir la muerte” (25) de acuerdo a cálculos de ganancias y pérdidas e imperativos de eficiencia. La fórmula del poder soberano –hacer morir, dejar vivir– se conjuga, así, con una compleja “aritmética humana” (157) que se adueña de los cuerpos y pone precio a los órganos bajo las condiciones de un régimen neoliberal de gobierno que aprehende lo viviente como capital que debe ser crecientemente valorizado: “me pregunté después en cuánto se iban a traficar mis ovarios, en poco, pensé, los ovarios valen una miseria” (102).

La irrefrenable voluntad de saber instigada en los médicos por un “lucrativo afán corporativista” (39) los conduce a emprender sucesivas experimentaciones sobre los cuerpos de las enfermas que apuntan a controlar sus excesos y a obtener resultados siempre idénticos a sí mismos. Sin embargo, al no indagar más allá de “la generalidad de los cuerpos” (131), la ciencia médica no consigue apropiarse por completo de una materia viviente que opone su opacidad y su potencia de mutación a la normatividad del saber: “Administradores de un caudal biológico que no terminan de entender, segmentos en constante rebeldía que se fugan y se les escapan” (132). Contra “la creciente racionalización del mundo” (175), la narración produce configuraciones de lo común comprendidas como reinención de la potencia afectiva y relacional de los cuerpos más allá de las lógicas del Estado y el mercado. Como en la novela de Noll, en *Impuesto a la carne* el cuerpo tampoco coincide con la forma de una totalidad orgánica, sino que se define por su potencia de afectar y ser afectado, tanto por el dolor y la disminución de fuerzas que ocasionan las invasivas intervenciones quirúrgicas, como por el “ímpetu orgánico” (9) de un anarquismo que se lleva en la sangre y que se reinventa ante cada nueva incursión del saber médico. Enfrentadas a un biopoder que descompone y vacía sus cuerpos hasta no dejar de ellos más que “un titilante y fraudulento desecho” (20), las mujeres ensayan nuevos contagios afectivos que desafían las condiciones de figurabilidad del cuerpo individuado: “Mi madre

⁷ Sostiene Foucault en relación con este problema que el racismo como tecnología de poder “atiende la función de muerte en la economía del biopoder, de acuerdo con el principio de que la muerte de los otros significa el fortalecimiento biológico de uno mismo en tanto miembro de una raza o una población, en tanto elemento en una pluralidad unitaria y viviente” (2001: 233).

ahora mismo está prohijada adentro de mi pecho, enroscada en un segmento húmedo de mis bronquios” (47). Se trata de una experimentación en torno a lo común que produce una composición inédita entre cuerpos motivada por un deseo de supervivencia e inteligible por medio del afecto en la medida en que concierne a líneas de variación de potencia.

Inmanente al plano de los cuerpos y sus afectos, el lenguaje irrumpe desde la opacidad de la carne para desmontar la racionalidad económica de un dispositivo que captura lo viviente como capital humano. A contrapelo de la historia oficial que consagra al cuerpo médico y a sus hazañas patrióticas, la novela pretende ser un “archivo del desastre” (127) que cuente las vidas bicentenarias de dos mujeres enfrentadas a un poder sobre la vida que una y otra vez busca apropiarse de ellas y suprimir toda posibilidad de resistencia. Ahora bien, enturbiando la pretensión de transparencia implicada en la voluntad de la narradora de “realizar un análisis sólido [...] que resulte completamente irrefutable para denunciar las ofensas y las injurias que han acompañado [...] nuestras largas existencias” (83), la madre expresa la necesidad urgente de elaborar “un programa básico de sobrevivencia” (83) que hace ingresar en el lenguaje la opacidad de la materia de los cuerpos. La narración compone y enfrenta, así, las voces de la madre y la hija para presentarse como la crónica borrosa, incierta de una experiencia de sometimiento e insurgencia⁸, y enlazar apuntes de vida que buscan dar voz “a un pasado que no emite sonidos audibles” (123), a los murmullos de cuerpos que vacilan en el margen de la supervivencia y de lo reconocible como humano. Inventando un lenguaje que emerge de los pliegues de lo orgánico, de sus potencias todavía insospechadas, la novela cuenta “la historia de los huesos” (172) y descubre la incrustación de la memoria en la carne para agitar el cuerpo con la inminencia de un testimonio orgánico: “Entraré a mi cuerpo como en un libro para transformarlo en memoria. Quiero preparar mi cuerpo para convertirlo en una crónica urgente y desesperada” (129).

En un hospital que se convierte en un “teatro del grito” (135), el lenguaje se carga de la afectividad de los cuerpos al tiempo que la escritura se puebla de aullidos y susurros, de “gritos, jadeos, gruñidos, toses, quejidos espantosos” (135) que trazan una línea de indiscernibilidad entre la palabra articulada y la sonoridad de cuerpos. Se trata de una lengua que ya no coincide tanto con el orden de la razón como con el del afecto y sus excesos, y que se orienta hacia una continua producción de relaciones, contaminaciones y contagios. Las voces de las enfermas se distorsionan por el cansancio y el dolor, se deshacen en insultos y exabruptos, y tienen efectos materiales sobre los cuerpos: “elijo hablarle con un tono enfático, toscos, que le provoca un brote asmático” (84). De los desórdenes de lo orgánico emerge una lengua animal que designa un afuera de lo humano y de la función comunicativa del discurso, a la vez que produce nuevas configuraciones de lo colectivo. Las quince enfermas recién operadas ululan como perras en la sala común y organizan “la jauría más solitaria y la más veraz, la jauría del hambre y el abandono” (182); a pesar del sufrimiento causado por los descuidos del cuerpo médico, sus aullidos amenazan con hacer “estallar los puntos con los que [las] cosieron” (182). La narradora y su madre sueñan con una “revuelta de la sílaba” (31), un

⁸ Tanto Corbin (2013) como Scarabelli (2015) se dedicaron a analizar los diálogos que entabla la novela con el género testimonial.

anarquismo de la palabra⁹ que descubra en lo viviente, más allá del discurso de la especie, una potencia afirmativa de mutación y nombre nuevas posibilidades de vida común ya no sujetas a los dictámenes del mercado.

Frente a la empresa patriótica de un saber médico que reproduce la enfermedad como dispositivo de captura de los cuerpos, la madre y la hija inventan ficciones de resistencia que se inscriben en la materialidad de lo biológico. Bajo las condiciones impuestas por un mercado que pone precio a los órganos, la fantasía de crear una mutual de la sangre apunta a instituir prácticas de gestión común de los cuerpos. La comuna fundada por la madre se instala, de hecho, en el interior del cuerpo operado y mal cosido de la hija para convertirse en uno de sus órganos vitales e impulsar desde allí la rebelión de la carne: “adentro, más adentro, en un pedazo ínfimo del último patio de la nación, pronto iniciaremos la huelga de nuestros líquidos y el paro social de nuestras materias” (184). La novela sostiene, sin embargo, una ambivalencia sobre las posibilidades de éxito del caos anarquista que la narradora y su madre quieren instigar. Si bien la muerte de las enfermas siempre parece próxima por la violencia creciente de las intervenciones médicas, los saberes de la resistencia que ellas han acumulado a lo largo de la historia y sin cesar reinventan auguran la inminencia de una revuelta orgánica que encuentre en lo común nuevos lenguajes y modos alternativos del cuidado de los cuerpos.

LA LENGUA DESCOMPUESTA

En “Post-scriptum sobre las sociedades de control”, Deleuze formula un diagnóstico en buena medida complementario de la conceptualización del biopoder desarrollada por Foucault en sus cursos de la segunda mitad de la década de los setenta. En el marco de la crisis generalizada de las instituciones disciplinarias, Deleuze registra la emergencia de una sociedad de control que ya no se apoya en un régimen de encierro, sino que aspira a la modulación continua y a cielo abierto de la subjetividad a través de las tecnologías de la información. Si en la sociedad disciplinaria el moldeado del individuo obediente y productivo se complementaba con su integración al colectivo indiferenciado de la masa, las tecnologías de control producen un sujeto incesantemente dividido e inmerso en relaciones de competencia y en un continuo ciclo de perfeccionamiento:

La fábrica hacía de los individuos un cuerpo, con la doble ventaja de que, de este modo, el patrono podía vigilar cada uno de los elementos que formaban la masa y los sindicatos podían movilizar a toda una masa de resistentes. La empresa, en cambio, instituye entre los individuos una rivalidad interminable a modo de sana competición, como una motivación excelente que contrapone unos individuos a otros y atraviesa a cada uno de ellos, dividiéndole interiormente (1996: 280).

⁹ Con respecto a esta cuestión, lecturas críticas como la de Corbin (2013) se han detenido sobre la poética barroca que desarrolla la novela. Por su parte, Rodrigo-Mendizábal propone la siguiente definición, en clave feminista, del anarcobarroco como política de la escritura en *Impuesto a la carne*: “en la trama social por la que se disemina el poder, la mujer, con su cuerpo, en unión con otros cuerpos de mujeres, escribe su historia e inscribe en su cuerpo libre la historia de sus propias conquistas” (2015: 22).

La lógica de mercado y el imperativo de la eficiencia como técnica de control se inscriben reticularmente en todas las formas de vida que se narran en *Fruta podrida*. La novela elabora una estética que localiza en el plano de los cuerpos y sus afectos, de sus enfermedades y desbordes los efectos de un capitalismo neoliberal que se apropia de la vida entera para ponerla a producir. María, experta en pesticidas, trabaja largas horas en una empresa frutícola bajo la exigencia de “demostrar que podía como cualquier hombre, sin reclamar, sin admitir jamás cansancio o preocupaciones, sin apelar a otras necesidades” (Meruane, 2015: 29). Ella es toda olfato y toda ojos, pero su potencia de ser afectada es puesta al servicio de los cálculos que exige el mercado y se traduce en términos de capacidad analítica: su nariz “se expande, se hincha de sangre, y minutos más tarde se encoge, analiza, decide cuántos cucharones de este recipiente [...] serán necesarios para la pócima” (78). Su hermana Zoila, en cambio, enferma de diabetes, se resiste a seguir las prescripciones que María y los médicos le imponen para convertir su cuerpo en puro derroche improductivo que no se deja capturar por el capital.

Sometiendo su cuerpo y sus conductas a un control de calidad tan permanente como agobiante, María es reconocida como “la del gesto eficiente junto a la ventana” (40) y dedica cada minuto de sus días a trabajar incansablemente o bien a calcular los costos derivados de las horas que no pasa en la empresa. Bajo las condiciones de un mundo convertido en una “gran fábrica de cuerpos exportables” (136), el neoliberalismo como modo de gobierno que hace de cada sujeto un empresario de sí mismo otorga privilegios a cambio de esfuerzos y sacrificios asumidos siempre individualmente, y exige de cada trabajador una completa disponibilidad y flexibilidad para adaptarse a cualquier fluctuación del mercado¹⁰. Además de tener que sobrevivir a condiciones de competencia cada vez más feroces, las trabajadoras de la empresa de *Fruta podrida* están precarizadas y endeudadas, empezando por María misma, quien no cobra las horas extra y el aguinaldo que le corresponden y, para estudiar en la universidad, ha contraído una deuda enorme que tendrá que seguir pagando de por vida. Por otro lado, cuando las temporeras organizan una huelga para protestar por sus salarios de hambre porque “los que no tienen nada, o casi nada, [...] están dispuestos a arriesgarlo todo” (106), la estrategia patronal consiste en proponer a las trabajadoras “ofertas individuales, [...] pastillitas edulcoradas que solo iban a dividir las y a romper la huelga” (106). Se trata de un modo de negociación que no apunta tanto a discutir los motivos y la legitimidad de los reclamos, sino más bien a modular los afectos de las temporeras –“el cansancio, la necesidad, la impaciencia, la extrema fragilidad” (107)- para que los intereses individuales se impongan sobre los colectivos.

¹⁰ En su lectura de *Fruta podrida*, César Zamorano analiza los modos en que todos los espacios en la novela están sometidos a una “economía global de la eficiencia” (2016: 33) en relación con el problema de la producción de subjetividad en el capitalismo y la captura de deseos y fuerzas por el mercado laboral. Por su parte, en su análisis de *Boca de lobo* (2000), novela del argentino Sergio Chejfec que también reflexiona sobre las relaciones contemporáneas entre el trabajo y la vida, Fermín Rodríguez (2014) se refiere a la fábrica biopolítica que, más allá de los límites de las instituciones disciplinarias de encierro, captura la vida entera de los trabajadores para convertir sus rutinas, afectos y habilidades en fuerza de trabajo.

Como ocurría en *Impuesto a la carne*, la lógica de mercado también penetra en el hospital que se hace cargo del cuidado de la salud de Zoila y que, inmerso en una economía que se apoya en la producción y reproducción de la vida, rehúye de la muerte e impone una sentencia de vida aun en contra de la voluntad de los pacientes: la muerte, en efecto, afirma la enfermera en el monólogo interior con el que se cierra la novela, “se está volviendo un arcaísmo en el diccionario [...]. Más temprano que tarde seremos inmortales” (184). Ahora bien, mientras que antes la salud “era un problema público” (166), en el presente el Estado ha abandonado activamente el cuidado del bienestar de la población para dejar su gestión y la producción de saberes científicos y médicos en manos de capitales privados y del mercado financiero global: “Todos unidos por cordones umbilicales, el científico al financiero al internacional” (168). El hospital, así, pasa a cuidar la salud de quienes son capaces de pagar por los servicios ofrecidos y deja afuera a una multitud de cuerpos desprotegidos, “a los desnutridos, a los desamparados, a los desahuciados, sin compasión alguna” (172).

El tratamiento de Zoila, por otro lado, aprehende su cuerpo a través de una serie de técnicas de cuantificación y medición que reducen su experiencia de la enfermedad a la homogeneidad de la cifra: así, su ficha médica registra “el horario preciso de las inyecciones y las cantidades exactas y escasas de masas” (21). Sujutando su cuerpo “bajo un control exigente y sucesivos exámenes” (30), las prácticas y saberes médicos ejercen un poder sobre la vida que aspira a volverla apropiable por el mercado. En el contexto de una nueva economía política de lo viviente en la que “el saber biológico y las formas de vida pueden ser patentadas y comercializadas” (Lemke, 2011: 170; la traducción es nuestra), el hospital se apropia de la sangre y las células de los enfermos, y llega incluso a almacenar los cuerpos muertos para reciclarlos y disponer de “materiales de repuesto, recauchaje de carne y hueso” (Meruane, 2015: 183). Todas las intervenciones que se realizan sobre el cuerpo de Zoila son sometidas a un cálculo de costos y los precios y modos de pago son negociados por la hermana, que “ha dejado de ser la María y se transforma en la pesticida que saca cuentas, discute dosis, regatea un precio con el Enfermero” (70). Más allá de las continuidades trazadas entre la producción eficiente de fruta de exportación y la producción de subjetividades que entregan su vida y la potencia de sus cuerpos a un mercado laboral que no hace más que vaciarlos de fuerza¹¹, la novela encuentra en la enfermedad la posibilidad de elaborar nuevos saberes y usos de los cuerpos.

Como en las novelas de Noll y Eltit, el cuerpo y lo biológico en *Fruta podrida* exceden la normatividad de los dispositivos de saber-poder: la enfermedad de Zoila, al producir síntomas imprevisibles y contradictorios, constituye “un caso imposible” (42) que representa un desafío infranqueable para los médicos. Ajena a todo imperativo de eficiencia, Zoila reivindica su “energía infinita para la resistencia y la desidia” (79) y la afirma como potencia de invención de otros modos de vida. La novela configura una serie de interiores que parecen estar siempre a punto de estallar –la piel

¹¹ En su ensayo sobre el lugar central de la deuda en el capitalismo neoliberal, Lazzarato retoma de la lectura que Deleuze y Guattari hacen de la teoría marxista la univocidad del concepto de producción: “la producción de subjetividad, de formas de vida, de modalidades de existencia, no remite a la superestructura, sino que forma parte de la infraestructura ‘económica’. Además, en la economía contemporánea, la producción de subjetividad demuestra ser la primera y más importante fuente de producción, ‘mercancía’ que participa de la producción de todas las otras” (2013: 41-42).

tensa de María, la casa invadida por la enfermedad de Zoila y la posibilidad del contagio- y construye una temporalidad asediada por la inminencia del caos que instigarán las hermanas al perpetrar dos atentados contra aquellas máquinas “de infinita producción y reproducción” (82) de la vida que son la empresa y el hospital. Furiosa porque en la empresa se niegan a firmar el contrato que le prometieron y a pagarle el aguinaldo, María envenena con cianuro algunas manzanas para sembrar pánico a escala global. Por su parte, Zoila huye hacia el Norte e ingresa a un hospital para desconectar a todos los pacientes de sus sondas y de las máquinas que los mantienen con vida. “Una treta comunista, un ataque extremista” (121): los atentados de las hermanas apuntan a desactivar la cadena de montaje de esas fábricas de cuerpos eficientes y saludables abiertas las veinticuatro horas del día, a “obstaculizar el progreso de una maquinaria perversa... interrumpirla..., atacarla... poner en jaque el sistema productivo” (193).

Sin embargo, es tal vez en la materialidad de la lengua y la escritura donde reside la radicalidad de una producción estética y política de lo común que desarticula “el idioma del corte y la confección” (80) del saber médico para abrir el lenguaje a nuevos usos y relaciones con los cuerpos. Las palabras en *Fruta podrida* están desbordadas de afecto, se deshacen en chillidos y exabruptos, se clavan en los cuerpos y permiten imaginar otras vidas posibles:

En esa lengua enredada me describen sus territorios, comparan los climas, las estaciones, los modos de vida [...]. El Enfermero siembra paisajes en mi mente, planta en mí la ambición del destierro (49).

Contra la voz débil y anémica del médico general que brota con esfuerzo de su cuerpo encorvado sobre el escritorio, Zoila revierte los discursos que la empujan hacia los umbrales de lo humano y pone a prueba la fuerza de una lengua animal gruñendo y aullando “como los perros que custodian las enrejadas fronteras del campo” (38). El cuaderno de composición donde ella debe anotar el detalle de las cantidades y dosis de alimentos que consume para entregarlo a los médicos todas las veces que sea necesario se troca en un “cuaderno de composición” cuyas páginas se intercalan entre los capítulos de la novela. Zoila escribe allí poemas que, más allá de la mirada analítica y objetivante del saber, exploran contigüidades entre la fruta y el cuerpo, descomponen la materia orgánica a partir de encuentros afectivos y descubren en las mutaciones de los cuerpos no ya el síntoma de alguna enfermedad sino la potencia dinámica de la vida para reinventarse: “vendrán los tiempos en que / también / me descuelgue del mundo [...] / repleta de gusanos para rodar [...] / tiñendo la tierra / magullando mi piel hasta pelarla / escurriéndome” (33). En el cruce de saberes, materias y discursos heterogéneos, la enfermedad y los desórdenes de cuerpos que se sustraen a los dispositivos de poder se inscriben como una pregunta por la posibilidad de una política de la vida cuya norma emerja de la inmanencia de sus transformaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRIENTOS, Mónica. “La fisura del espacio y la toxicidad de los cuerpos: *El contagio* de Guadalupe Santa Cruz y *Fruta podrida* de Lina Meruane”. *Chasqui. Revista de Literatura Latinoamericana* 44(1) (2015): 91-103.
- CORBIN, Megan. “Archiveras anarquistas: Corporal Testimony in the Work of Diamela Eltit”. *Catedral Tomada. Revista de crítica literaria latinoamericana* 1(1) (2013): 1-17. (DOI: 10.5195/ct/2013.29).
- COSTA, Flavia. “El dispositivo fitness en la modernidad biológica. Democracia estética, just-in-time, crímenes de fealdad y contagio”. *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP* (2008).
- DELEUZE, Gilles (1996). *Conversaciones. 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.
- ELTIT, Diamela (2010). *Impuesto a la carne*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- ESPOSITO, Roberto (2011). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FERREIRA DE ALMEIDA, María Cândida. “Furor e canibalismo en *A céu aberto*”. *Travessia. Revista de Literatura* 36 (1998): 142-150.
- FOUCAULT, Michel (2001). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (2006). *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel (2016). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GIORGI, Gabriel (2014). *Formas comunes. Animalidad, cultura, biopolítica*, Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- LADDAGA, Reinaldo (2007). *Espectáculos de realidad. Ensayo sobre la narrativa latinoamericana de las últimas dos décadas*. Buenos Aires: Beatriz Viterbo.
- LAISE, Arantxa. “Entre el cuerpo y sus máscaras. Violencia y animalidad en *A cielo abierto* de João Gilberto Noll”. *Telar* 11(16) (2016): 76-88.
- LAZZARATO, Maurizio (2013). *La fábrica del hombre endeudado. Ensayo sobre la condición neoliberal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LEMKE, Thomas (2011). “Beyond Foucault: From Biopolitics to the Government of Life”. BRÖCKLING, Ulrich; KRASMANN, Susanne, y LEMKE, Thomas (eds.). *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*. Nueva York: Routledge, 165-184.

- MARTÍNEZ GARCÍA, Miguel Ángel (2015). *Una lengua común. Poéticas y políticas de la enfermedad*. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València.
- MERUANE, Lina (2015). *Fruta podrida*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- NOLL, João Gilberto (2009). *A cielo abierto*. Traducción de Claudia Solans. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- PASTÉN, Agustín. “Radiografía de un pueblo enfermo: sobre la narrativa de Diamela Eltit”. *Contracorriente* 10(1) (2012): 88-123.
- RODRIGO-MENDIZÁBAL, Iván Fernando. “Impuesto a la carne: memoria del desastre”. *Perífrasis* 6(12) (2015): 10-25.
- RODRÍGUEZ, Fermín. “Fear, subjectivity, and capital: Sergio Chejfec’s *The Dark* and Roberto Bolaño’s *2666*”. *Parallax* 20(4) (2014): 345-359. (DOI: 10.1080/13534645.2014.957550)
- SCARABELLI, Laura. “Impuesto a la carne de Diamela Eltit. El cuerpo-testigo y el contagio de lo común”. *Kamchatka* 6 (2015): 973-988. (DOI: 10.7203/KAM.6.7249)
- SONTAG, Susan (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara.
- VAGGIONE, Alicia (2013). *Literatura/enfermedad. Escrituras sobre sida en América Latina*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados.
- VIDAL, Paloma. “La posibilidad de lo imposible”. *Revista Iberoamericana* 75(227) (2009): 435-443.
- ZAMORANO, César. “Capitalismo y producción de subjetividad en *Mano de obra* y *Fruta podrida*”. *Revista Iberoamericana* 82(254) (2016): 27-43.
- ZOURABICHVILI, François. “La question de la littéralité”. *Klesis* 5(1) (2007): 1-13.



BIOPOWER, BODY COMMODIFICATION, AND DEFIANCE OF NEOLIBERAL LOGIC IN *IMPUESTO A LA CARNE* BY DIAMELA ELTIT

Biopoder, mercantilización del cuerpo y desafío a la lógica neoliberal en
Impuesto a la carne de Diamela Eltit

NANCY TILLE-VICTORICA

ARMSTRONG STATE UNIVERSITY (EEUU) nancy.tille-victorica@armstrong.edu

Profesora de Literatura Latinoamericana en Armstrong State University, especializada en novelas contemporáneas del Cono Sur escritas por mujeres. Su trabajo de investigación se enfoca en representaciones literarias del cuerpo y del dolor, así como en la creación y difusión de teorías culturales, literarias y de género en Latinoamérica. Ha publicado artículos en varias revistas tales como *Ambitos Feministas*, *Argus/a*, *The Latinamericanist* y *The Coastal Review*.

RECIBIDO: 31 DE MAYO DE 2017

ACEPTADO: 21 DE OCTUBRE DE 2017

RESUMEN: Este artículo propone un análisis de la novela *Impuesto a la carne* (2010) de Diamela Eltit. Basándose en parte en conceptos de biopoder propuestos por Foucault, se demuestra cómo el marco del hospital donde el sufrimiento extremo y el abuso prolongado infligido sobre los cuerpos posiblemente indígenas de la narradora y su madre, le permite a Eltit remitir a la versión silenciada de la historia de Chile y especialmente a su reciente pasado totalitario. Eltit expone cómo el modelo neoliberal vigente es dependiente de los cuerpos humanos para funcionar, y denuncia algunos de los procesos usados por el estado-mercado para excluir, explotar y beneficiarse de lo que considera cuerpos marginados. Este artículo revela también cómo, en su escritura, Eltit recalca el poder de resistencia del cuerpo materno y su potencial para crear conexiones significativas entre seres humanos. En este sentido, la novela anuncia la emergencia de un tipo renovado de activismo que une a las comunidades marginalizadas para denunciar la naturaleza corporalizada de las injusticias sociales creadas y reforzadas por el sistema neoliberal.

PALABRAS CLAVE: Literatura, Chile, cuerpo, género, marginalidad, neoliberalismo, resistencia.

ABSTRACT: This article analyses the novel *Impuesto a la carne* (2010) by Diamela Eltit. Drawing on recent biopolitical concepts by Foucault, Tille-Victorica demonstrates how the hospital setting in Eltit's novel allows her to embody neoliberalism and account for the usually invisible bodily experiences of racialized and gendered patients/citizens, while simultaneously showing that the neoliberal model, in its quest for continuous expansion, is now colonizing the inner spaces of the corporeal body. This article also briefly shows that, through her writing of the maternal body, Eltit highlights its potential for resistance and for meaningful connections to other human beings. Her novel thus calls for the emergence of a renewed type of activism that brings together marginalized communities to denounce the embodied nature of social injustice created and reinforced through neoliberalism.

KEY WORDS: Literature, Chile, body, gender, marginality, Neoliberalism, resistance.

Published in October 2010, one month after the bicentennial celebrations of Chile's independence from Spain, Diamela Eltit's *Impuesto a la carne* invites us to reflect upon the historical circumstances that have led to the rise of Chile's current market-state democracy and especially upon those groups that have persistently been exploited or left behind in the postcolonial and in the neoliberal eras. The novel narrates the painful "recorrido (humano)" of two unnamed women, a mother and her only daughter, who have been wandering about in a hospital since their common birth some two hundred years ago (Eltit, 2010: 9). Old, sick and marginalized for their short stature and dark skin color, these two women are at the mercy of white doctors, their staff and "fans," who constantly monitor their physical health and subject them to frequent dubious medical treatments and countless phlebotomies (Eltit, 2010: 33). The mother, who is repeatedly described as an anarchist, was not only (re)born when she gave birth to her daughter, but is also living inside her daughter's body. The daughter, who is narrating their survival in the first person singular and plural, focuses especially on their memories of the physical traumas that they both endured during her birth, on their relationship, on their suffering and loneliness over the years, as well as on her plan to eventually denounce the constant abuse that they have long experienced in the hospital.

The predominant allegorical interpretation of the novel reads the hospital, its doctors and their medical procedures as the unofficial history of Chile that, from its birth as a nation until its present condition as a neoliberal state, has controlled and taken advantage of the bodies of its marginalized population as a way to avoid social unrest and feed its modernization project. The main characters bicentennial bodies are thus a personification of the past two hundred years of this unofficial history. While taking into consideration this main allegory, my reading focuses more closely on a sub-allegorical interpretation that centers on the past forty years of Chile's history in which the novel "rescues" the defeat of the dictatorship "out of oblivion" in an effort not only to mourn and come to term with Chile's recent violent past, but to expose the residues of authoritarian practices in Chile's present market-state economy.¹ Indeed, the for-profit hospital with its white male doctors and their (mis)treatment of chronically ill non-white female patients can be read as today's Chile, in which economists, entrepreneurs and politicians, empowered and inspired by the economic reforms of the recent military junta, as well as by centuries-old discriminatory practices, continue to impose neoliberal policies that mercilessly abuse and profit from the flesh (*la carne*) of its racialized, gendered, and economically underprivileged citizens.²

In *Bodies in Crisis* (2010), Barbara Sutton's analysis of women's resistance in neoliberal Argentina shows that "the neoliberal globalization model is built on a disembodied approach to the social world." Sutton draws a parallel between the disappearance of many people who, during Argentina's last dictatorship, were opposed to the military regime and its ideology, including the free-

¹ The military coup of September 11, 1973 and the violent death of democratically elected socialist president Salvador Allende Gossens had a profound effect on Eltit whose writing consistently pointed to this event as a "historic rupture and the defining moment of Chile's democracy" (Lynd 13).

² These neoliberal policies are part of and endorsed by the globalized free-market economy, which greatly contribute to their legitimacy.

market socioeconomic organization it stood for, and what the disappearance of human bodies under current neoliberal logic (Sutton, 2010: 39). While Sutton's work focuses specifically on Argentina and its severe economic crisis of 2001, her analysis rings true for Chile, whose embrace of neoliberalism came about during Pinochet's dictatorship and has now permeated every corner of society. The hospital setting in Eltit's novel therefore allows her to embody neoliberalism and account for the usually invisible bodily experiences of racialized and gendered patients/citizens, while simultaneously showing that the neoliberal model, in its quest for continuous expansion, is now colonizing the inner spaces of the body.

In this article, I demonstrate how *Impuesto a la carne* exposes the dependency of the neoliberal model on human bodies in order to function and denounces the violent processes used by the market-state to exclude, exploit, and profit from what it considers "bad" or rebellious bodies, thereby perpetuating and exacerbating a hierarchy of bodies that has promoted racial and social inequalities throughout Chile's history.³ I also briefly show that through her writing of the maternal body, Eltit highlights its potential for resistance and for meaningful connections to other human beings. Thus the novel calls for the emergence of a renewed type of activism that brings together marginalized communities in order to counter society's apathy towards inequality, denounce the embodied nature of social injustice inherited from the dictatorship period and exacerbated through neoliberalism, as well as to potentially attain the social equality that many civil organizations under Pinochet had fought for and had hoped would materialize with a return to democracy.⁴

COMMODIFYING THE MARGINALIZED BODY

As various scholars have noted, including Patricia Weiss-Fagen and Luis Cárcamo-Huechante, the recent military dictatorships in Argentina and Chile used a rhetoric of illness and contamination to justify state-sponsored violence, as well as the torture and physical disappearances of many of its citizens. Indeed, "the image of the state as a human body suffering from the infection of subversion came to permeate the public statements made by Southern Cone leaders" (Weiss-Fagen, 1992: 45). This use of medical terminology, which is reminiscent of nineteenth-century positivist speeches made by founding figures such as Domingo Faustino Sarmiento in Argentina in their quest to subdue native populations, was also an important part of the discourse and imagery used by foreign and Chilean

³ Although Chile was considered one of the least unequal countries until the late 1960s thanks to several successful welfare programs introduced between 1930 and 1970, a 2002 report by the Human Rights Documentation notes that the only significant actions to improve the situation of the Mapuches since the late 19th century were those undertaken by Salvador Allende during his brief tenure from 1970 to 1973. Since the arrival of the Spanish and under the pretext of promoting civilization and Christianity, the Mapuche people have suffered territorial conquest, military aggression and persecution resulting in the destruction of entire communities. Following the Pacification of the Araucanian at the end of the 19th century, many indigenous people were either killed or forced from their homes to live impoverished lives in small rural communities and in the cities (Mariqueo, 2002).

⁴ According to Pino-Ojeda: "Luego de haber cumplido un papel fundamental en la desestabilización de la dictadura, la actividad de la sociedad civil se vio significativamente disminuida, al punto de que por muchos años se ha hablado de apatía, sobre todo en la juventud" (Pino-Ojeda, 2011: 49).

economists in the 1970s to justify and impose their free-market economic model.⁵ Furthermore, a rhetoric of “reconciliation as healing” was adopted by Argentine and Chilean civilian leaders during both countries’ transition back to democracy. While politicians used these healing metaphors to help address the challenges caused by collective memories of state violence, they unintentionally carried on the previous totalitarian narrative of the nation as a “body subject to intervention” (Frazier, 2003: 398). In Eltit’s novel, the tall white medical doctors, their followers, and the various treatments they ascribe to in order to cure dubious illnesses remind us of the US and US-educated doctors in economics who, backed and admired by the Chilean military junta, relentlessly tried out new neoliberal policies that, in their view, would restore Chile’s economic health and bring about prosperity. The portrayal of an omnipotent medical institution in which white male physicians have complete and permanent control over their racially-marked female patients is also evocative of Foucault’s framework of biopower and findings on the Western biomedical model to unveil methods of social control that enable the state to shape and discipline docile bodies.⁶ Yet, *Impuesto a la carne* also simultaneously highlights the continued significance of direct physical violence as a way to silence racialized and gendered bodies and demonstrates how the rise of the neoliberal state has led to a new formulation of the clinical gaze that specifically seeks to violate and colonize marginalized bodies, not necessarily to improve or assimilate them, but rather to use them as the ultimate commodity and profit from them.

The narrator’s traumatic hospital birth in the early nineteenth century coincides in time not only with the birth of Chile as a nation, but also with what Foucault refers to as the birth of modern medicine. In his canonical work *The Birth of the Clinic*, first published in French in 1963, Foucault outlines the biomedical perspective and explains the history and nature of the implicit contract that existed until recently between the individual and the Western state in the provision of health care.⁷ In order to obtain and maintain its citizens’ loyalty, the state provided them with protection and care through its institutions such as hospitals and asylums. Foucault notes however that this relationship was often conflictive because, due to the state’s limited resources, decisions had to be made in regard to the availability of treatment, and patients’ needs and expectations could not always be met. Most

⁵ Between 1930 and 1970, the Chilean economy was under a government-controlled model in which several welfare programs were introduced and administered by the state. Upon his election in 1970, socialist president Salvador Allende Gossens implemented a series of new welfare policies based on the principles of equitable distribution of wealth. Following the brutal military coup of 1973, however, the conservative regime of Augusto Pinochet immediately sought to reverse Allende’s socialist policies. Under the guidance of a group of young Chilean economists trained at the University of Chicago, the regime launched a new free-market model that was heavily influenced by the writings and policy proposals of US economists, especially those of Milton Friedman, who was awarded the 1976 Nobel Memorial Prize in Economic Sciences.

⁶ “Foucault coined the term biopower to address that form of power which takes population as its object and operates primarily through the norm (biopower bridges biopolitics and anatomo-politics)” (Holmer Nadesan, 2008: 21). Foucault first used this term in his lectures at the Collège de France. It appeared in print in *La volonté du savoir* (1976), the first volume of *Histoire de la sexualité*.

⁷ Although Foucault’s work focuses on French history and on the French biomedical model, it has been widely accepted that, given the popularity and application of his work in Western academia, part of his findings can be generalized to other Western states.

importantly, Foucault's findings show that the biomedical model used in Western medicine since the early nineteenth century seeks to achieve knowledge and control of the patient's body through the clinical gaze. In today's medical context, the clinical gaze refers to "the day-to-day rational-scientific practices associated with the work of doctors in the hospital or clinic," which include modern tools and tests used to diagnose patients' illnesses. In this sense, medical institutions "exercise power not through overt coercion but through the moral authority over patients associated with being able to explain individual problems (such as an illness) and then provide solutions (i.e. treatment) for them" (Crinson, 2007). According to Foucault, the clinical gaze creates the empirical vigilance of the state and the hospital is therefore intrinsically connected with larger social and political structures that operate in society. Eltit's novel highlights these connections through the representation of Chile as a hospital.

Since Foucault's various publications and lectures on this topic, much research has been undertaken internationally in the humanities and the social sciences to show how Western biomedical models routinely objectify and dehumanize patients through a number of procedures that include the regulations of food, sleep, activity, dress, and environmental setting. These techniques of biopower whose aims are to monitor, discipline, and contain perceived dysfunctional bodies are common to institutions such as hospitals and asylums, and are done to manage diseases. Research also has shown that "biomedical models constitute a powerful means by which knowledge and ideologies, particularly about gender, race, and other measures of 'normal' bodies are produced and circulated" (Gabbert, 2009: 209). As I will show in my subsequent analysis of Eltit's novel, race and gender are crucial factors in the ways doctors not only perceive their patients, but also in the kind of care they prescribe.

While Western biomedical models are still powerful in today's globalized free-market economy, neoliberal ideologies and practices have greatly weakened the tacit "contract" that existed between the individual and the state in the provision of health care and have broadened the empirical vigilance of the state to benefit other players. One of the fundamental goals of the neoliberal project in Chile was to limit the state's responsibility for social programs. To that end, the new economic policies and practices implemented during and after the dictatorship transformed the existing national public health program into a dual health care system that consisted of public and private structures, and infused competition and individualism into a vast array of new activities, including healthcare (Solimano, 2012: 39). As Eltit's novel points out, the neoliberal system is founded and thrives on centuries-old discriminatory practices that are rooted in the body and, as such, cannot equally reward all individuals in the same ways.

Foucault, who also lectured extensively on the topic of neoliberalism at the Collège de France, explained that: "in practice, the stake in all neoliberal analyses is the replacement every time of *homo oeconomicus* as partner of exchange with a *homo oeconomicus* as entrepreneur of himself, being for himself his own capital, being for himself his own producer, being for himself the source of [his] earnings" (Foucault, 2010: 226). The success of the neoliberal *homo oeconomicus* is therefore based on the individual's human capital, which is made up of innate elements, including genetic make-up,

and of other elements acquired through education and adequate care. This human capital is then embodied in the ability to perform labor so as to produce economic value.

Both innate and acquired elements of human capital consequently vary greatly among individuals at any given time. Furthermore, the ability and opportunities that one has to acquire and improve on one's competencies to produce economic value depends in part on whether or not the market-state is sufficiently investing in human capital and whether these investments, which are made through economic, social, cultural, and educational policies, equally benefit all individuals. In terms of health care, for example, Foucault states that analyzing medical care and all the activities concerning the health of individuals enables society to improve on, preserve and employ human capital, and that therefore all the problems of health care and public hygiene can be reviewed as elements which may or may not improve human capital (Foucault, 2010: 230). While the neoliberal ideology appears to support policies that are oriented towards improving human capital and promotes the idea of individual economic responsibility, the experiences that the narrator and her mother undergo in Eltit's novel demonstrate that the neoliberal paradigm not only continues to discriminate against some of its subjects, but paradoxically also intentionally sacrifices some of them to economic marginalization and dependency.

Indeed, while racism and sexism have obviously existed in Chile for well over two hundred years, the current neoliberal discourse does little to account for the impact that these discriminatory practices have on a person's potential for economic success. Advocates of capitalist globalization and neoliberal development strategies, such as those implemented in Chile, are usually concerned with "market indicators, communication and technological innovations, business infrastructure, and profits" (Sutton, 2010: 38). Given that the neoliberal globalization model is built on a disembodied approach to the social world, the neoliberal discourse is therefore highly conceptual and often fails to understand how people experience capitalist globalization in and on their bodies. Yet, in practice, the globalization of the free-market economy hinges on human bodies (Sutton, 2010: 38). Therefore, while the neoliberal model might not take into account the bodily experiences of the people adversely affected by economic globalization, its policies and individualistic philosophy, "facilitate the exploitation and deterioration of some human bodies" (Sutton, 2010: 39). Indeed, as my analysis of Eltit's novel will show, the new market-state, while focused solely on measures that have economic impact, continues to discriminate on the basis of innate elements of human capital, namely racial traits and gender. Furthermore, and in terms of health care, the clinical gaze in the hospital/nation seeks to improve the human capital of some at the direct expense of others. As I now move to the dysfunctional hospital portrayed in the novel, it is important to keep in mind that it is primarily used as a metaphor for Chilean society during and after the dictatorship period, and not as a realistic representation of medical institutions in Chile.

RACIALIZED BODIES

Zillah Eisenstein notes that “racism uses the physicality of bodies to punish, to expunge and isolate certain bodies and construct them as outsiders” (Eisenstein, 1996: 21). From the moment they are born, the mother and daughter in the novel are diagnosed by white medical doctors with what they believe to be physical disabilities that impede them from living what the market-state considers, healthy productive lives. First, these doctors deem their short stature and especially their dark skin color as serious, repulsive, and potentially contagious infirmities:

Ese es un aspecto de nosotras que les molesta (a los fans y a los médicos) de manera maníaca, los altera al punto que turba sus miradas y después de examinarnos se lavan y se lavan y se lavan las manos que tienen de manera agresiva. [...] Clasificadas en sus archivos así: curiches, curiches, curiches, nombradas como curiches por esos hombres que proyectan un fluorescente halo médico, un halo empecinado que nos desdeña y nos margina de los asientos más cómodos de sus consultas. (Eltit, 2010: 33)

These physical attributes point to the probability that the narrator and her mother are of Mapuche origin and consequently part of Chile’s lowest economic stratum.⁸ The term *curiche*, originally a Mapudungun word meaning dark people, is used in Chilean Spanish today as an offensive and derogatory term to describe a person of dark or black skin color. As the narrator suggests in the previous quote and by constantly calling them “*negras curiches*” (Eltit, 2010: 33), not only do the white doctors diagnose them as being ill for physical attributes that are inherent to their identities and origin as possible Mapuche Indians, but they are treated differently because of these features. Their access to medical care is delayed and compromised by doctors who, unwilling to view them as equal human beings, only see the potential benefits that they can extract from their racialized bodies. As the narrator explains, “Tenemos que darle la sangre nuestra, la última para que la comercie sin argucia alguna. Que una de las enfermas sencillamente venda la sangre como cualquier producto y no tenga que fingir que cumple un protocolar trabajo hospitalario” (Eltit, 2010: 72).

As doctors draw ever more blood from the narrator’s and her mother’s bodies and subject them to painful procedures, the two feel increasingly sick, confused, and lonely. Furthermore, despite their resistance to the (mis)treatments they receive, they have become dependent on doctors and medicine for survival and at times even have adopted the medical lingo and negative vision of themselves that the medical community has been using to identify them: “somos cuerpos hechos para la medicina” (Eltit, 2010: 52). It is therefore also possible to view these racialized bodies as the

⁸ “The Mapuche people were the first inhabitants of half of the area today known as Chile and Argentina. Before the Spanish arrived in 1541, the Mapuche occupied a vast territory in the Southern Cone of the continent and the population numbered about two million. At present they number approximately 1.5 million in Chile, and two hundred thousand in Argentina. The Mapuche nation now constitutes the third largest indigenous society in South America” (http://www.mapuche-nation.org/english/html/m_nation/main/history.htm). The Mapuche language is called Mapudungun.

ancestral land of the Mapuche people who over the past two hundred years, but especially in the last four decades, has been expropriated and exploited by the Chilean government.⁹

As Eltit's novel illustrates, today's modern Western biomedical system is what Anthony Giddens calls an "expert system," which "heavily depends on specialized and expert knowledge of disease, meticulous and disciplined scientific reasoning, and the discovery and application of technology" (Giddens qtd. in Gabbert, 2009: 211). In this model, which in many ways is in direct opposition to the Mapuches' traditional vision of health, "disease is defined as deviancy from an idealized model of health and is explained by focusing on physiological processes and biochemical mechanisms" (Gabbert, 2009: 211). Yet as the novel shows, notions of "an idealized model of health" or of "disease" are extremely problematic, as they are increasingly dictated by economic factors and shape societal norms. Furthermore, for some this idealized model is simply unattainable. In the novel's hospital/nation, no adequate medical treatment will "cure" the mother's and her daughter's bodies "diseased" by old age, low class status, and Mapuche origin. The numerous doctors, nurses, and followers are trained to observe their patients as dismembered bodies and to assign economic potential to specific body parts or organs, rather than to understand or potentially help them. As the narrator explains: "entendí con una claridad iluminada que ese médico iba a poner precio a mis órganos" (Eltit, 2010: 102). And, as she wonders which of her organs is most profitable for the doctors: "mis retinas," "mis poderosos pulmones," she knows that her reproductive organs have no commercial value as no one would wish to replicate her, if not even partially: "los ovarios valen una miseria" (Eltit, 2010: 102).

While the exploitation and appropriation of these women's body parts parallels what recently occurred to the Mapuche ancestral land, these methods also refer to the booming red market, a global and multi-billion dollar industry that illegally trades blood, bones and organs by exploiting desperate donors in dire situations. Indeed as Dianna Niebylski eloquently remarks:

Viewing organ trafficking from the viewpoint of those too ill, too poor, or too old to have any say about the fate of their organs while alive or dead, Eltit's novel shows no ambivalence on this account. In the novel's hospital the medical personnel intent on bribing the neediest, ailing, and aging bodies to give up the few remaining healthy organs they possess appear as nothing if not criminal. (Niebylski, 2011: 114)

It is undeniable that Eltit's fiction sadly illustrates real-life practices that have become common around the globe. According to Nancy Scheper-Hughes: "The sale of human organs and tissues has resulted in certain disadvantaged individuals, populations, and even nations being reduced to the role of 'suppliers.' It is a scenario in which bodies are broken, transported, processed, and sold in the

⁹ A 2002 report by the Human Rights Documentation Center (HRDC) notes that since the late nineteenth century the only significant actions to improve the situation of the Mapuches were those undertaken by Salvador Allende. During his brief tenure, Allende "sought the restitution of ancestral lands and the recognition of the Mapuche's autonomy" (HRDC, 2002). Yet, these efforts were undone by Pinochet, who in 1979 enacted a decree "which broke up communal reducciones [reserves - comunas] into private plots and gave wealthy Chilean farmers title to the land. According to one government official, 'over a 10-year period [the government] took away 5,300 cooperative farms [and acquired] 400,000 hectares (988,000 acres) ... by pure fraud'" (HRDC, 2002).

interests of a more socially-advantaged population of organs and tissues receivers” (Scheper-Hughes, 2002: 64). Scheper-Hughes, who goes as far as calling this practice “neocannibalism,” exemplifies her findings with specific occurrences in Brazil and Argentina, including the horrific account of how the Montes de Oca state mental asylum near Lujan in the province of Buenos Aires stole blood, tissue, and organs from the bodies of mentally ill, but otherwise physically healthy patients throughout the 1990s. A night nurse and ward supervisor explained: “hospital staff members commonly take blood from living inmates and remove cornea from the deceased, almost always without consent.” She further justified these practices as “‘payback’ for the inmates’ care at the state’s expense” (Scheper-Hughes, 2002: 71). In her view, the mentally ill are taking advantage of the system and deserve repressive interventions, in the same way that the medical personnel in Eltit’s novel view the racially and class-marked bodies of the mother and daughter who have lived in the hospital their whole life. Echoing the nurse’s statement above, as well as the title of the novel (*Impuesto a la carne*), the narrator explains the looting of her own body as a financial transaction: “Ofrecer como pago o deuda o soborno el máximo de sangre que nos queda y corresponder así al prolongado saqueo de nuestros órganos” (Eltit, 2010: 72). The bodies of these invisible subjects must therefore be commodified to get a financial return for the “care” that was provided and to improve the human capital of “responsibilized” subjects elsewhere who have the means and power to make such investments.

GENDERED BODIES

As with racial issues, Eltit’s novel connects past and present mechanisms of discrimination and violence to show how today’s free-market Chilean society continues to purposefully ignore women’s voices and experiences. Indeed, the language of intense physical suffering used throughout the novel also appears to connect the corporeal pain that tortured bodies went through during the dictatorship to the suffering that certain neoliberal practices cause to the female body and to a woman’s subjectivity.

First, the narrator makes it clear that the male doctors are in charge of the hospital, its management, staff, and patients. While this reflects the patriarchal nature of Chilean society since its inception, it is also representative of today’s globalized economy which profits from various forms of gender inequalities. As Eltit explains in her 2008 essay “Contante y sonante”:

la economía mundial y globalizada que rige la actualidad está sustentada en la explotación virtual de un cuerpo multitudinario (las mujeres somos numéricamente más que los hombres) y más allá de las desigualdades internas (la obrera vs la ejecutiva) experimentamos una misma irregularidad. Estas desigualdades salariales son ultra lucrativas para sostener los sistemas mundiales. (Eltit, 2008: 390)

Yet, the omnipotent power that the doctors enjoy in the novel’s hospital/nation, especially the first one who treats the main protagonists, goes beyond the representation of gender inequalities and is especially reminiscent of Pinochet’s absolute rule: “(él [el médico primero] tenía el poder o la gracia de permitir la vida y decidir la muerte)” (25). Similarly, the nurses’ and fans’ role, while

representative of the way many Chilean women over the years contributed and continue to participate in their own subjugation, is also suggestive of the military personnel, prison guards, and various supporters of the regime, who, during the dictatorship, especially mistreated fellow Chilean citizens who would not conform to dictatorial expectations.

Labeled as anarchists, the mother and daughter do not benefit from any favoritism and are in fact subjected to severe and repeated gendered violence. The narrator recounts the traumatic experience that her mother went through for what could be seen as a possible rape, a failed abortion procedure, or the birth of her daughter:

Con una precisión documentalista, mi madre me contó que el médico, el primero que se apoderó de nuestros organismos, la miró despectivo o no la miró, sino que se abocó a la estructura de sus genitales y al conjunto tenso de los órganos. Lo hizo con una expresión profesionalmente opaca, distanciada. Y luego se abalanzó artero para ensañarse con ella de un modo tan salvaje que en vez de examinarla la desgarró hasta que le causó daño irreparable. Mi pobre mamá se sentía morir molecularmente y ese médico provisto de todo su poderoso instrumental le arruinó el peregrinaje ambiguo del presente y toda la esperanza que había depositado en su futuro.

Por culpa del médico quedamos solas en el mundo mi mamá y yo. (Eltit, 2010: 13)

Gendered violence during the early regime of Augusto Pinochet included rape and forced abortions, and many detained women also gave birth under horrific conditions without ever being able to see and care for their babies. Moreover, some of these procedures, as well as others used against male and female detainees, were done at the hand of medical doctors who used their professional training to torture and carry out their government's repressive policies. The co-option of the medical profession is one of the dark secret that enabled the long standing and ruthless military regime to be so effective (Horton, 2009). Furthermore, from 1973 to 1981, the leadership of the Chilean Medical Association was appointed by the military junta and consequently remained silent about the extensive involvement of military physicians in torture (Achtenberg, 2011).

Although possibly the most traumatic event in the novel, the narrator's account of her mother's birthing experience is only one among many moments in which pain and suffering are described in bloody and organic terms. Throughout her narration, the narrator relies on images of gruesome and dehumanizing physical pain to denounce the exploitation of their and other female bodies: "Mujeres enfermas que mugeen sus dolores, asombradas por sus trágicas amputaciones, esperando, esperando, esperando, esperando que se curse el milagro de la cicatrización" (Eltit, 2010: 153). It is clear however that these physical wounds cannot heal, just as the emotional wounds inflicted during the military regime still pain many of its survivors. As many of the women die, mother and daughter desperately seek to tell their story: "tenemos la misión que acompaña a los sobrevivientes [...] debemos dar cuenta de la historia y detenernos en cada uno de los episodios turbios o en aquellos que portan una metafísica falsificada" (Eltit, 2010: 33). Yet, echoing the fate of women's writing over the ages and that of survivors' testimonies in the post dictatorship era, the narrator's desperate efforts to chronicle their experiences and find justice appear to remain in vain: "Nunca va a circular ni un

pedacito de palabra. La nación o la patria o el país van a aplastar la revuelta de la sílaba” (Eltit, 2010: 31). This silencing is also especially symptomatic of the market-state, which, in its constant quest for profit, demands that the past be forgotten. As Idelber Avelar explains in a related context, the neoliberal economy consigns memory to oblivion and imposes forgetting not only to erase the reminiscence of its violent origins under dictatorship, but also because living in a perpetual present, in which new commodities constantly replace previous ones, is an inherent characteristic of the market (Avelar, 1999: 4). As the doctors and nurses silence their female patients by slowly killing them through the removal and sale of their body parts and fluids, the novel shows that the tortured bodies of the mother and daughter represent a violent past that must not only be forgotten, but should also profit the present market-state. Furthermore, through the hyperbolic representation of the nation as a dysfunctional hospital, this work of fiction suggests that despite a return to a peaceful democratic rule in 1990 and the ascendance of some women into prominent political positions, including the presidency in 2006, neoliberal policies implemented during the brutal years of the dictatorship have led to a milder and more covert type of gendered violence.

Sutton explains that following the Dirty War, the newly democratic Argentine state together with strong economic interests played an active role in institutionalizing a different kind of violence, which also affected the female body: “economic violence.” In her view, this kind of violence came from the drastic structural adjustment promoted by the advocates of neoliberal globalization and their economic policies that “undermined the quality of life and survival possibilities of a large sector of the population.” These measures especially affected female corporeality and increased the work burden of poor women (Sutton, 2010: 8). While Sutton’s research focuses on the Argentine socioeconomic context, I believe that many of her findings on the bodily implications of the neoliberal economic restructuring are true for poor Chilean women too.

Indeed, Eltit’s novel tackles through fiction two current issues that affect poor Chilean women in the neoliberal economy and that have also been the focus of recent scholarly research: the quality of obstetric care and the importance that the globalized market-society places on women’s physical appearance. For both categories, the privatization of health care led to the popularization of medical and surgical procedures that are profitable for the medical community, yet not always necessary for the patients. Furthermore, these procedures are directly related to the social regulation of women’s bodies. For instance, the birthing experience in the novel is revealing of the traditional Western biomedical view of childbirth as a potentially dangerous event that requires medical intervention and must occur in a hospital setting at the hand of trained doctors whose practices should not be questioned. As the narrator explains, the male doctor not only ignores his patient’s suffering but adds to it by mistreating her: “El médico le realizó una terrible intervención mientras le ordenaba: No grite, no grite, cálese ahora mismo. Y mi mamá, medio muerta por la hemorragia, se entregó a su desangramiento” (Eltit, 2010: 13). Although Western doctors have resorted to medical and surgical assistance during childbirth for decades and have certainly saved countless lives over the years because of it, recent advances in technologies and the advancement of women as medical doctors have not drastically improved this practice in terms of allowing women to take charge of their own

deliveries and in viewing pregnancy and childbirth as a healthy and positive bodily experience. In her 2012 study on the experience of childbirth in Santiago, Susan Murray reports that while some women are now able to choose where to give birth (public or private hospital), they cannot choose the type of birth (irrigardless of their class, social status, or education level) and that during the birth process, the medical community treats them simply as patients subjected to medical decisions (Murray, 2012: 335). Furthermore, it has been widely reported that since the launch of the private health insurance fund in early 1981, Chile saw a dramatic increase in the practice of caesarean sections. It now has “one of the highest rates of cesarean births in the world (40%), with a strong difference between public hospitals (28%) and private clinics (60% or even 80%)” (Murray, 2012: 321). The novel’s description of a traumatic and bloody childbirth could therefore also be viewed as a satirical portrayal of a medical system that, due to its excessive reliance on practicing caesarean sections on rich women, has become inept at assisting poor women with natural childbirth.¹⁰

The various ways in which the hospital/nation in Eltit’s novel excludes and profits from its patient/citizens’ bodies based on their race, gender, and class therefore show how neoliberal and globalization economic processes perpetuate and are dependent upon a hierarchy of bodies that has existed in Chile and globally for centuries. Moreover, by linking the corporal violence and suffering experienced by perceived dissidents during the recent dictatorship to the physical depletion and commodification of those unable to conform to today’s free-market expectations, the novel not only denounces the dictatorial origins of current neoliberal policies in Chile, but also points to the vulnerability of citizens under both authoritarian dictatorship and free-market democracy. While democracy has brought freedom and an end to the horrifying practices used during the dictatorship, through its exaggerated vision of the nation as a dysfunctional hospital, *Impuesto a la carne* not only suggests that both political structures resort to effective techniques and a rhetoric of biopower in order to achieve the subjugation and control of marginalized bodies, but it also hints at the fact that, while clearly being the preferred repressive method during the dictatorship, direct physical violence, albeit in a much subdued and different form, still happens under neoliberal democratic rule.

In this sense, the novel presents a hospital/nation that is in a permanent state of exception in which the law of the land (the constitution) and the neoliberal policies both created under Pinochet’s totalitarian regime have become a prolonged state of being.¹¹ This extended state of exception operates in the text’s for-profit hospital/nation to deprive some individuals of their organs,

¹⁰ According to a 2000 study, the rate of women with private health insurance was double that in women covered by the national health insurance fund. It also noted, that women’s choice was unlikely to be the primary explanation for this high rate but rather caused by “the requirement by private health insurers that an obstetrician, rather than a midwife, should be the primary care provider; women’s expectations of personalised private care relationships; and the peripatetic work schedules of many obstetricians” (Murray, 2000: 1504). These factors which empower medical doctors and reward for profit-hospitals and private health insurances show how the free-market society relies on the Western biomedical model that Foucault described and that I summarized earlier in order not just to control women’s bodies, but also to profit from them.

¹¹ In 1980, a non-democratic plebiscite approved a new constitution that granted Pinochet complete executive power until 1990. Although various amendments have been made to it over the years, this 1980 constitution, which provided a legal framework for the military regime, is still in effect as of 2017.

citizenship, and human rights. Furthermore, by representing time in which past, present and future coincide into a “perpetual present” of violence, abuses, and suffering reminiscent of what occurred during Pinochet’s regime, Eltit’s novel also shows that the various historical crises and events that Chile went through since its inception culminated with the Pinochet dictatorship and today’s sustained state of exception.¹²

MATERNAL/FEMALE BODIES AS SITES OF RESISTANCE

While Eltit’s narrative demonstrates how the racialized female body is subjected to material and rhetorical abuse under dictatorship, as well as within democracy, it also highlights the fact that it is more than a site of oppression. Indeed, by focusing on subjugated and mutilated bodies, the novel also shows that resistance is grounded in the body itself. Despite centuries of abuses, mother and daughter are still alive and it is the daughter’s emphasis on their physical pain that brings to light the body’s potential to adapt and resist economic, political, cultural, and medical violence and discourses that cast it as a mere commodity. Furthermore, it is through the body and the narration of their physical experience that the daughter, following her mother’s anarchistic tradition, is able to tell their story and verbalize her intention to write it someday: “Voy a escribir pausadamente los hechos que conocemos para dejar por escrito su importancia y su existencia. Voy a escribir con la voz de mi madre clavada en mis riñones o prendida en mi pulmón más competente. Voy a escribir la memoria del desvalor” (Eltit, 2010: 155). Mother’s and daughter’s embodied memory of the past two hundred years of oppressive and discriminatory practices against racialized, gendered, and lower-class groups serves therefore as counter-memory and counter-discourse to the official (hi)story of Chile that was put forward by political and economic forces over the years, specifically in regards to the past forty years and especially during the bicentennial celebrations of 2010.

The fact that the mother lives within her daughter’s body also denotes a powerful familial relationship that grants them both a maternal corporeality. It is precisely their close mother-daughter bond and maternal body that make them a “micro-comunidad” able to survive and resist long-standing patriarchal oppression at the hand of the state (Richard, 2012: 381). The novel’s familial representation also defies the traditional notion of the family. Mary Green explains that during the dictatorship, the institutions of family and motherhood were of significant symbolic importance and that the military regime actively glorified woman as wife and mother in order to uphold the traditional nuclear family structure (Green, 2007: 4). Richard further notes that these traditional social values did not change during the Transition period in which influential Catholic beliefs led to “una fuerza política normativizadora que censura sexualidades, cuerpos e identidades” (Richard, 1998: 204). As an emphasis on the importance of the family remained a strong political argument in the

¹² This concept is loosely based on Giorgio Agamben’s 2003 book *State of Exception*. In an interview with Ulrich Raulff, Agamben explains: “the state of exception or state of emergency has become a paradigm of government today. Originally understood as something extraordinary, an exception, which should have validity only for a limited period of time, but a historical transformation has made it the normal form of governance.” Agamben uses the Nazi camps and the detention camp at Guantanamo Bay Naval Base as examples of states of exception (Raulff, 2004: 609).

postdictatorship period, Kemy Oyarzún also points to the paradoxical view of promoting the perpetuation of outdated gender roles while simultaneously praising the social progress that neoliberal values supposedly encompass (Oyarzún qtd. in Green, 2007: 7). While the concept of nationhood (“la patria”) in the novel is that of patriarchy, as has been the case throughout history and especially during the dictatorship period, the mother-daughter family unit does not include a paternal figure and as such challenges the predominant Chilean nationalist discourse that still views the nuclear family as a married heterosexual couple and its children.

Furthermore, the maternal role portrayed in the novel is nontraditional, since it is the daughter who is carrying the mother inside of her and not the other way around. The daughter’s body thus hosts within it past, present, and future. It is her body that enables her mother to live in the present and continue to survive. Yet, the daughter is also dependent upon her mother’s past experience to survive the present. At the same time, the mother’s menacing and discouraging comments to her daughter in regards to her plan to write their story and seek justice symbolize a long-standing lack of confidence in women’s ability to subvert the system and an unconscious passivity and complicity on their part in maintaining and propagating patriarchal and authoritarian values over the years: “Tendrás que ser tonta o retardada, me dice mi mamá, para profanar la burbuja histórica de la nación, del país o de la patria médica, así que te repito, cállate la boca y déjalos en paz, que hagan lo que quieran, lo que se le antoje” (Eltit, 2010: 35). Yet the daughter’s narration in the present tense and her firm intentions to eventually testify to their ordeal in writing open up a space for woman’s self-expression and retaliation that expands her maternal role beyond traditional responsibilities.

The maternal body shared by mother and daughter in the novel is also a symbol of deep connection between human beings, a connection that rarely exists in today’s individualistic neoliberal society. Indeed, it is possible to interpret the shared body in the novel as a model of subjective relations based on Julia Kristeva’s analysis of the maternal body with its two-in-one or other within. As Kristeva explains, “It is in motherhood that the link to the other can become love” (Kristeva, 1980: 9). Yet, motherhood, or “the maternal function” as Kristeva also calls it, should not be viewed as limited to mother or woman. As the French philosopher suggests in “Motherhood According to Giovanni Bellini,” anyone can fulfill this function, men or women. This is also reminiscent of Sara Ruddick’s definition of mothering as a practice and collective human activity separate from the identity of the mother. For her, to engage in maternal practice is to be committed to the three demands of the maternal work of preservative love, nurturance and training (Ruddick, 1989: 19). While the novel does not idealize the mother-daughter relationship or even the maternal function, the possibility for connection, love, and survival that the reciprocal mother/daughter’s corporeality offers represents a hopeful sign of a more just and inclusive society in which people would actively care for and about each other.

In her presentation of Eltit’s novel, Nelly Richard also alludes to the nurturing opportunities of the mother-daughter bond:

Frente a la gran escala del capitalismo planetario, la pequeña escala de esta micro-comunidad de la sangre y de los órganos responde a la máquina deseante de un *estar-en-conjunto* que se vuelve abarcador y multiplicativo. Un estar-en-conjunto que se apoya en las figuras asociativas de la mutua y del mutualismo, para favorecer la reciprocidad de la ayuda entre desprotegidos. (Richard, 2012: 381)

According to Judith Butler, “seeing ourselves as socially vulnerable is integral to beginning to share loss and grief as communities” and “feeling shared intercorporeality through vulnerability is critical to this challenge” (Butler qtd. in Palmer, 2008: 19). The togetherness that Richard alludes to and the recognition of our “corporeal vulnerability” as represented in the novel point thus to fundamental elements for the development of new ethical relations and practices that might potentially transcend violence.

Therefore, despite a pessimistic ending in which the narrator predicts that their dead body will serve as fertilizer in a distant Chinese cemetery, it is through their communal maternal body that mother and daughter offer a glimpse of hope for the advent of a new ethical and social movement, a “mutual del cuerpo y de la sangre,” that might protect marginalized bodies from and stand against the abuses of the neoliberal paradigm: “en la patria de mi cuerpo o en la nación de mi cuerpo o en el territorio de mi cuerpo, mi madre por fin estableció su comuna. Se instaló una comuna en mí rodeada de órganos que se levantan para protestar por el estado de su historia. [...] pronto iniciaremos la huelga de nuestros líquidos y el paro social de nuestras materias” (Eltit, 2010: 183-84). While allusions to “comuna,” “mutual,” and “huelga” might be perceived as nostalgia for a type of predictorship socialism, the novel never idealizes any period of Chilean’s history and, although the current neoliberal order was first implemented during the Pinochet regime and has since permeated every corner of Chilean society, the novel’s two-hundred-year-old characters make it clear that neoliberalism is the culmination of a capitalist order that started during colonial times.

The organic union that the narrator alludes to therefore is about making a direct use of our corporeality and practicing mothering to challenge existing power structures and become what Sutton calls an “activist body” (Sutton, 2010: 205). As Richard notes about the novel’s main characters: “Ambas quieren reapropiarse del cuerpo de la nación, re-nacionalizar el cuerpo de la patria, y también, hacer del cuerpo propio, el de la revolución de los órganos, una zona de resistencia tenaz al capitalismo intensivo” (Richard, 2012: 379). In her book, Sutton explains that activists in Argentina use the phrase “poner el cuerpo” to express that bodies are relevant to political contestation and that “activist engagement itself entails embodied actions and dispositions that may contribute to changing how the body, and life in general, is experienced by activists” (Sutton, 2010: 205). Eltit, who has stated in an interview that women led the majority of organizations that defied the dictatorship and that the votes of women brought about the electoral majority against Pinochet in the plebiscite, clearly believes in the changing power of activism (Green, 2005: 167). Yet, she also notes that these women were excluded from the new political pact when the transition to democracy began and that there has been a dissolution of the militancy of women’s activism since 1990 (Green, 2005: 167). The narrator’s hope for a “comuna del cuerpo” that could “poner en marcha la primera sede anarquista para contener la sangre del país o de la nación” therefore brings into focus the urgent need

for a renewed type of activism in which marginalized bodies unite and resist together as the only possible and significant action to denounce the embodied nature of social injustice created and reinforced through neoliberalism, to challenge long-lasting state and economic violence, and to start a process of decolonization that might finally bring about social equality and justice.

BIBLIOGRAPHY

- ACHTENBERG, Ben. "Disciplining Physicians for Complicity in Torture: The Historical Record is not Encouraging". *Physicians and Torture* (2011).
- AGAMBEN, Giorgio (2005). *State of Exception*. Kevin Attell (trad.). Chicago: U of Chicago P.
- AVELAR, Idelber (1999). *The Untimely Present: Postdictatorial Latin American Fiction and the Task of Mourning*. Durham: Duke UP.
- CÁRCAMO-HUECHANTE, Luis E (2007). *Tramas del mercado: Imagenación económica, cultura pública y literatura en el Chile del fines de siglo veinte*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.
- CRINSON, Lain. "Sociological Conceptualization of Medical Knowledge and Power". *Health Knowledge* (2007).
- EISENSTEIN, Zillah (1996). "Writing Hatred on the Body". *Hatreds: Racialized and Sexualized Conflicts in the 21st Century*. New York: Routledge.
- ELTIT, Diamela (2008). "Contante y sonante." Sonia Montecino Aguirre (eda.) *Mujeres chilenas: Fragmentos de una historia*. Santiago: Editorial Catalonia: 389-393.
- ELTIT, Diamela (2010). *Impuesto a la carne*. Santiago: Editorial Planeta Chilena.
- FOUCAULT, Michel (1976). *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2010). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France*. Burchell, Graham (trad.). François Ewald, Alessandro Fontana y Michel Senellart (eds). New York: Palgrave Macmillan.
- FOUCAULT, Michel (1994). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. A.M. Sheridan Smith (trad.) New York: Vintage Books.
- FRAZIER, Lessie Jo (2003). "Medicalizing Human Rights and Domesticating Violence in Postdictatorship Market-States". Arturo J. Almada (ed.) *Violence and the Body: Race, Gender, and the State*. Bloomington: Indiana UP: 388-403.
- GABBERT, Lisa and Antonio Salud II (2009). "On Slanderous Words and Bodies out-of-Control: Hospital Humor and the Medical Carnavalesque". Elizabeth Klaver (eda.) *The Body in Medical Culture*. New York: State U of New York P.
- GIDDENS, Anthony (1990). *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford UP.
- GREEN, Mary. "Dialogue with Chilean Novelist Diamela Eltit". *Feminist Review* (2005): 164-71.
- GREEN, Mary (2007). *Diamela Eltit: Reading the Mother*. Rochester: Boydell & Brewer.
- HOLMER NADESAN, Mejia (2008). *Governmentality, Biopower, and Everyday Life*. Hoboken: Taylor & Francis.
- HORTON, Scott. "A Medical Murder in Pinochet's Chile". *The Stream. Harper's Magazine* (2009).
- HUMAN RIGHTS DOCUMENTATION CENTER. "Pinochet's Legacy Still Haunts Mapuche." *Human Rights Feature Quarterly* (2002): n.pag.

- KRISTEVA, Julia (1980). "Motherhood According to Giovanni Bellini." Jardine, Alice y Gora, Thomas y Roudiez, Leon S. (trad.) Leon S Roudiez (ed.) *Desire in Language*. New York: Columbia UP: 237-70.
- LYND, Juliet. "Writing from the Margins of the Chilean Miracle: Diamela Eltit and the Aesthetics and Politics of the Transition." *Post-Authoritarian Cultures*. Luis Martin-Estudillo and Roberto Ampuero (eds). Nashville: Vanderbilt UP, 2008. 12-33.
- MARIQUEO, Reynaldo. "The Mapuche Nation". *Mapuche International Link* (2002).
- MURRAY, Susan. "Childbirth in Santiago de Chile: Stratification, Intervention, and Child Centeredness". *Medical Anthropology Quarterly* 26 (2012): 319-337.
- MURRAY, Susan. "Relation Between Private Health Insurance and High Rates of Caesarean Sections in Chile: Qualitative and Quantitative Study". *BMJ [British Medical Journal]* 321 (2000): 1501-505.
- NIEBYLSKI, Dianna. "Blood Tax: Violence and the Vampirized Body in *Impuesto a la carne*". *Arizona Journal of Hispanic Cultural Studies* 15 (2011): 107-21.
- PALMER, Victoria. "[Un]feeling: Embodied Violence and Dismemberment in the Development of Ethical Relations". *Review Journal of Political Philosophy* 6.2 (2008): 17-33.
- PINO-OJEDA, Walescka (2011). *Noche y niebla: Neoliberalismo, memoria y trauma en el Chile postautoritario*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.
- RAULFF, Ulrich. "An Interview with Giorgio Agamben – Life, A Work of Art without an Author: The State of Exception, The Administration of Disorder and Private Life". *German Law Journal* 5.5 (2004): 609-14.
- RICHARD, Nelly (2012). "Una alegoría anarcobarroca de Diamela Eltit". Julio Ortega (ed.) *Nuevos hispanismos: Para una crítica del lenguaje dominante*. Madrid: Iberoamericana: 377-83.
- RICHARD, Nelly (1998). *Residuos y metáforas: Ensayos de crítica cultural sobre el Chile de la Transición*. Santiago: Cuarto Propio.
- RUDDICK, Sara (1989). *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. Boston: Beacon P.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. "The Ends of the Body: Commodity Fetishism and the Global Traffic of Organs". *SAIS Review* 22.1 (2002): 61-80.
- SOLIMANO, Andrés (2012). *Chile and the Neoliberal Trap*. New York: Cambridge UP.
- SUTTON, Barbara (2010). *Bodies in Crisis: Culture, Violence, and Women's Resistance in Neoliberal Argentina*. New Brunswick: Rutgers UP.
- WEISS-FAGEN, Patricia (1992). "Repression and State Security". Patricia Weiss Fagen, Juan E Corradi y Manuel Antonio Garretón (eds). *Fear at the Edge: State Terror and Resistance in Latin America*. Berkeley: U of California P.



ENFERMEDAD Y MONSTRUOSIDAD EN *SANGRE EN EL OJO* DE LINA MERUANE

Disease and monstrosity in *Sangre en el ojo* [*Seeing Red*] by Lina Meruane

JUAN MANUEL MANCILLA

UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ (CHILE) juan.mancilla@edu.uai.cl

Licenciado en Educación. Profesor de Castellano y Filosofía y Magister en Estudios Latinoamericanos por la Universidad de La Serena, (Chile). Diplomado en Literatura Comparada por la Universidad Adolfo Ibáñez, (Chile). Actualmente es Profesor Instructor en la Facultad de Artes Liberales de la Universidad Adolfo Ibáñez donde imparte el Minor de Literatura y Artes visuales y Literatura y Humanidades.

RECIBIDO: 5 DE OCTUBRE DE 2017

RESUMEN: este trabajo problematiza la relación entre sujeto y enfermedad en la novela *Sangre en el ojo* de Lina Meruane. A partir de las ideas de monstruosidad propuestas por Foucault y Negri, interpretamos la enfermedad de la protagonista como un acontecimiento que pone en crisis el paradigma del orden, desestabilizando los sistemas normativos del cuerpo social. El estudio nos lleva a afirmar que el proceso patológico funciona como un elemento que permite vulnerar y desplegar la cara siniestra de la “realidad”.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad, monstruosidad, animalidad, lo siniestro, abyecto.

ACEPTADO: 9 DE DICIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: The relationship between individual and disease is examined in Lina Meruane’s novel *Sangre en el ojo* [*Seeing Red*]. Notions of monstrosity proposed by Foucault and Negri are used to approach the protagonist’s disease as an event which causes crisis in the paradigm of order, thus subverting social regulatory systems. The pathological process is approached as an element breaching and displaying the sinister aspect of “reality”.

KEYWORDS: Disease, monstrosity, animality, the sinister, abjection.

Mancilla, Juan Manuel.

“Enfermedad y monstruosidad en *Sangre en el ojo* de Lina Meruane”.
Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 197-215.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10792 ISSN: 2340-1869

INTRODUCCIÓN

La obra de Lina Meruane se ha consolidado como uno de los proyectos de escritura más prolíficos y atractivos en el panorama reciente de la narrativa chilena postdictatorial¹, no obstante, en su producción es posible observar la articulación de problemáticas que desbordan el marco local, inscribiendo su producción literaria en los conflictos globales y debates del mundo contemporáneo².

Ya sea desde lo ensayístico en *Viajes virales* (2012) y *Contra los hijos* (2014), o lo ficcional en *Fruta podrida* (2007) y *Sangre en el ojo* (2012), se observa la instalación recurrente de temáticas que problematizan la frontera entre biología y cultura. Particularmente, este núcleo de tensiones es lo que podríamos llamar una escritura más sobre las metáforas de la enfermedad: la presencia insistente de distintos procesos patológicos, sintomatologías, transfusiones y contagios (ceguera, diabetes, ansiedad, neurosis, sida, peste) que ponen de relieve la relación crítica entre la esfera sanitaria, los sistemas de control y la sociedad en su conjunto. Sus personajes enfrentan estos constructos y luchan contra ellos, por consiguiente, en los textos de Meruane es posible leer la enfermedad como una sintomatología metaforizada cuya lectura nos conduce hacia otras ramificaciones más concretas: el cuerpo social.

En este sentido, recogemos lo manifestado por Andrea Kottow en relación a la presencia de la enfermedad en la literatura (chilena del siglo XIX) como una potencia, presupuesto que extendemos al presente en la obra de Meruane:

Erigida la salud en tanto valor supremo a ser constituido y preservado, la enfermedad se convierte en un fenómeno de gran alcance metafórico (...) Su potencial para la estética y la literatura provendría, según Anz, precisamente de su relación invertida con el valor normativo de la salud (Kottow, 2012:131).

De esta manera, la enfermedad en *Sangre en el ojo* se muestra como una instancia combativa que tiene el poder de resistir y desestabilizar el sistema normativo, motivo por el cual planteamos que la ceguera de la protagonista revela al monstruo político que enfrenta y perturba las prácticas del modelo regulador.

Para elaborar nuestra lectura, hemos dividido el estudio en tres partes. En cada una de ellas y desde tramas teóricas heterogéneas, iremos analizando el proceso patológico de la protagonista con

¹ Marco cronológico que comprende la producción realizada “entre 1990 y la actualidad, [la que] es, en términos cuantitativos y cualitativos, múltiple y variada.” (Areco, 2015:7). De modo general, y siguiendo a Catalina Olea R. en relación a otros autores del período como Alejandro Zambra, la narrativa ficcional de Meruane podría inscribirse dentro un realismo híbrido, en el cual se “abordan temas contingentes desde una perspectiva todavía verosímil, pero incorporando elementos que, como la autoficción o la autorreflexión, cuestionan las convenciones tradicionales del género” (Olea Rosenblüth, 2015:25). A propósito, en *Sangre en el ojo*, la protagonista, Lucina o Lina, es escritora y diabética, aspectos, que sumados al nombre, coinciden con la autora real de la novela.

² Fruto de esta trayectoria, su literatura ha alcanzado el reconocimiento de importantes instituciones en Estados Unidos, como la Fundación Guggenheim (2004) y la National Endowment for the Arts (2010). En 2012 recibe en México el premio Sor Juana Inés de la Cruz por su novela *Sangre en el ojo* y en Alemania el premio Anna Seghers (2011), galardones que han logrado la difusión y recepción de sus libros en distintos contextos culturales.

el objetivo de demostrar que en la novela el enfermo (y su enfermedad) se manifiestan como una crítica que pone en entredicho los mecanismos que administran y gestionan los cuerpos y su “realidad”.

1. LA ENFERMEDAD COMO ACONTECIMIENTO

Sangre en el ojo se abre con el acápite “el estallido” cuando Lucina narra la llegada repentina de la enfermedad: estando en una noche de fiesta en el departamento de unos amigos en Nueva York, sufre un derrame ocular que paulatinamente le provocará ceguera. A raíz de esta experiencia, inicia una serie de desplazamientos (cambio de hogar, visitas al médico oculista, un viaje de regreso a Chile) y tránsitos que se transforman en los núcleos problemáticos del relato.

Nos acercamos a la enfermedad en tanto experiencia límite que divide y fracciona la vida de un sujeto, lo que podemos relacionar con la noción de acontecimiento. Una irrupción que emerge con intensidad e imposibilidad, donde el sujeto impedido de racionalizar el hecho, experimenta la disolución de sí mismo. Entendemos el acontecimiento entonces como “aquel [hecho] que supera la capacidad imaginativa de concebirlo o anticiparlo” (LaCapra, 2006:181).

Aproximándonos interesadamente, acogemos también las caracterizaciones que realiza Foucault en relación a la idea de acontecimiento e historia, (aquí la historia personal), en cuanto instancia a través de la cual se produce un desplazamiento de las reglas de lo verdadero:

El acontecimiento no es ni sustancial, ni accidental, ni calidad ni proceso; el acontecimiento no pertenece al orden de los cuerpos. Y sin embargo no es inmaterial; es en el nivel de la materialidad, como cobra siempre efecto (...) (1992, 47).

Por lo tanto, la emergencia del acontecimiento al irrumpir en la serie histórica, provoca la aparición de lo singular, una intrusión que asalta y quiebra la continuidad, una ruptura opuesta a la regularidad. De esta manera, la llegada de la enfermedad provoca un quiebre en la vida de la protagonista Lina, quien irá, paradójicamente, experimentando y exponiendo su propia transformación. Se verá entonces desplazada a formar parte de otra realidad, una que fija otro límite, una frontera que cobra efecto y materialidad en la imposición de restricciones en el tránsito por el territorio de los cuerpos sanos. No obstante, en ella se despierta una especie de ánimo (animal como veremos más adelante) que la llevará a cuestionar crítica e irónicamente los impuestos que recaen sobre su cuerpo:

Ya no habría recomendaciones imposibles. Que dejara de fumar, lo primero, y lo segundo, que no aguantara la respiración, que no tosiera, que por ningún motivo levantara paquetes, cajas, maletas. Que jamás me lanzara al agua de cabeza. Prohibidos los arrebatos carnales porque incluso en un beso apasionado podían romperse las venas (...) Había que observar el crecimiento de esa enredadera de capilares y conductos, día a día vigilar su milimétrica expansión (...) dictaminaba el oculista, eso, eso es repetía desviando sus pupilas hacia mi historia clínica convertida en una ruma de papeles, un manuscrito de mil páginas embutidas en una gruesa carpeta (Meruane, 2012:13).

A partir del fragmento, vemos que la enfermedad irrumpe en el sistema biológico, alterando la vida del individuo, pero a través del discurso sanitario también se observa la intromisión del control en el espacio íntimo del enfermo. En este caso, Lucina debe enfrentar el dictamen médico, cuya relación se proyecta en vigilar y administrar su cuerpo, debiendo ella aceptar, negociar o resistir la medicalización. En consecuencia, el sistema de control pretende apoderarse del cuerpo enfermo, el cual reducido y transformado en dato, pasará a formar parte de un catálogo, otra cifra más que llena un archivo médico donde la historia del paciente se transforma en expediente clínico, “una ruma de papeles”, a la cual Lucina se resiste.

Así, a medida que van desenvolviéndose las acciones, las miradas apuntan a desmontar la autoridad médica/moral del oculista Lekz, quien no para de trabajar-producir; un adicto compulsivo al cigarrillo que además oculta y especula con la información de su paciente-cliente, detentando el poder de disponer de la enfermedad. O en relación con los padres de Lucina, dada su sobreprotección invasiva, se puede cuestionar la habilidad que tienen para inducir y transmitir el temor o la ansiedad. O por otra parte, el “cuidado intensivo” de Ignacio hacia ella, cuya pasividad y sometimiento vicario le impide tomar decisiones respecto de una relación amorosamente “neurótica”. Reunidos estos elementos, podríamos decir que funcionan como la síntesis representativa de la modernidad amenazada (producción, miedo, pasividad), frente a los cuales Lucina enferma, igualmente pugna.

Por lo tanto, en *Sangre en el ojo*, la enfermedad es el acontecimiento que provoca un desorden, una fractura que fisura la “vida”, grieta por donde la normalidad cotidiana se fuga y descontrola. En efecto, la materia autoficcional que desentrama la novela, puede ser leída como otra forma de desmontar y desobedecer la realidad, y junto con ello, provocar una entrada más a la problematización del binomio verdad-apariencia/normalidad-anormalidad, a través de una dialéctica que conflictúa los principios rígidos, provocando la fluctuación entre lo real y lo fantástico o lo normal y lo patológico. En este sentido, el acontecimiento de la enfermedad se presenta de manera crítica y ambigua, de modo que quebranta la “vida” y modifica lo “real”: su aparición demarca nuevas fronteras, límites y reglas. La ceguera tras-torna la vida de Lucina y re-vuelve la realidad. Experiencia contradictoria que oscila entre una lúcida resistencia y una combativa reapropiación del mundo, movimientos que a la vez le empujan a tantear por el espacio expropiado otros principios de recuperación que impactan tanto a nivel individual como en el plano colectivo.

2. DE LO ANÓMALO, LO ABYECTO Y LO MONSTRUOSO

En este apartado, abordaremos la enfermedad de Lucina desde tres puntos conflictivos: lo anómalo, lo abyecto y lo monstruoso. Estas tres características observadas en su estado de enfermedad, se concretan como instancias de resistencia frente a los sistemas normativos del cuerpo. En lo que sigue, intentamos describir e interpretar la manifestación de una actitud de combatividad por parte del personaje en ceguera.

Primeramente, en cuanto a lo anómalo, las investigaciones desarrolladas por Foucault proporcionan una prueba concreta respecto de lo que la sociedad del siglo XVIII y XIX formuló en relación con las definiciones y creencias epocales: “el individuo anormal, nos remite a estas tres figuras: el monstruo, el correccionario, el onanista” (Foucault, 2007:66). Según lo planteado, estas tres figuras representan aquello que desafía los límites establecidos por la norma, ante lo cual, toda manifestación que transgreda sus fronteras estará relegada al territorio de lo anormal en relación a la línea “recta” definida para tales casos³. Por lo tanto, la desviación infringe el principio regulador empujando a ese ser “anómalo” al catálogo que clasifica lo desconocido o distinto como anormal.

Pero, más adelante, Foucault plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Qué es el monstruo en una tradición a la vez jurídica y científica? (...) Es esencialmente la mezcla. La mezcla de dos reinos: reino animal y reino humano (...) Es la mixtura de dos especies (...) mixtura de dos individuos (...) de dos sexos (...) una mixtura de vida y muerte (...) Por último, es una mixtura de formas. Transgresión, por consiguiente, de los límites naturales, transgresión de las clasificaciones, transgresión del marco, transgresión de la ley como marco (...) (Foucault, 2007:68).

Por lo tanto, la figuración del monstruo quedará estipulada en la intersección y cruce del discurso biológico y jurídico, principios que trabando sus alianzas, conformaron sistemas normativos basados en una regla supuestamente racional, con carácter y atributos punitivos. Esta retroalimentación disciplinar se arrogará el cuidado y distinción de los cuerpos de la población, pues, precisamente, a este respecto, Foucault en su exposición menciona las así consideradas monstruosidades en la época clásica, como los casos de siameses o principalmente el hallazgo del hermafrodita, en tanto corporeidades cuya mezcla, transgrede, subordina y disloca los ejes axiológicos binarios puros y esencialistas. “Naturalezas” mixturadas e impuras, que se desvían y desbordan los marcos de clasificación y etiquetación, en específico, aquella referida a una economía de fines (re) productivos, principal destino de los individuos “sanos” y “normales” aptos para conformar parte del cuerpo social.

En consecuencia, se observa una relación inclinada a determinar la condición anormal desde una jerarquía médico-biológica más que religiosa-moral, superando la práctica que identificaba a los individuos asimilados hacia un mundo idealizado cuya naturaleza es “perfección”. Sobre esto Anz agrega:

La alianza de los discursos médicos y morales, constituidos básicamente de esta manera, se vuelve sumamente atractiva para las construcciones normativas de las sociedades modernas, secularizadas. Pues en este contexto no se necesita de ningún ente metafísico como instancia de sanción normativa, y tampoco de una autoridad social, cuya legitimidad sea dudosa (Anz, 2006:32).

³ En vista a nuestro objetivo, privilegiamos el comentario a la primera de las tres figuras estudiadas por Foucault, es decir, el monstruo. No obstante y pese a sus diferencias, todas ellas igualmente convergen en el principio de violar el sistema predeterminado que fija los rangos de normalidad.

Así, estos “seres abominables” que no son ni Hombre ni animal, fueron rechazados en una primera instancia para luego ser castigados por su condición, arrojando sobre ellos una serie de dictados, los cuales, finalmente catalogaron su destino de individuos criminales o especies condenables por monstruosas. Nuevamente la cita a Foucault se torna indispensable ya que logra esclarecer la figura perturbadora del monstruo humano:

La noción de monstruo es esencialmente una noción jurídica – jurídica en el sentido más amplio del término, claro está- porque lo que define al monstruo es el hecho de que, en su existencia misma y en su forma, no sólo es violación de las leyes de la sociedad, sino también de las leyes de la naturaleza (...) El campo de aparición del monstruo, por lo tanto, es un dominio al que puede calificarse de jurídico biológico (...) Digamos que el monstruo es lo que combina lo imposible y lo prohibido (Foucault, 2007:61).

Y agrega:

Este, en efecto, contradice la ley. Es la infracción, y la infracción llevada a su punto máximo. Y sin embargo, a la vez que es la infracción (en cierto modo, infracción en estado bruto), no suscita, por el lado de la ley, una respuesta que sea una respuesta legal. Puede decirse que lo que constituye la fuerza y la capacidad del monstruo es que, a la vez que viola la ley, la deja sin voz (Foucault, 2007:62).

Puesto a funcionar en la novela lo anteriormente descrito, Lucina encarna una fuerza en contra, pues, ciega se encuentra a contraluz, contradice el *dictum* médico y el *desideratum* familiar, transgrede las categorías fijas del cuerpo, del tiempo y del espacio, pero, también es transgresión en cuanto que es mixtura: luz/oscuridad, humano/animal, razón/locura, deseo/repulsión, por cuanto, en ella se encarna la figura del monstruo. Siguiendo a Foucault, ella es la mixtura de dos especies, de dos individuos, una mixtura donde se encuentran misteriosamente la ceguera y la lucidez, la vida y la muerte.

Adentrándonos aún más en la figura del monstruo, la novela de Meruane abre con un epígrafe que remite al cuento “Los ojos de Lina” de Clemente Palma:

Levanté la cabeza, horrorizado, y vi a Lina que me miraba fijamente con unos ojos negros, vidriosos e inmóviles. Una sonrisa, entre amorosa e irónica, plegaba los labios de mi novia. Salté desesperado y cogí violentamente a Lina de la mano.
-Qué has hecho, desdichada (Meruane: 2012:9).

El relato de Palma se ubica dentro de la literatura fantástica en su vertiente terrorífica. Podríamos decir que el hipotexto es una especie de materia prima para la obra de Meruane, pero, por otra, *Sangre en el ojo* también es una especie de doble opuesto al argumento de la obra peruana, pues es Lina (o Axelina) quien le envía sus ojos de regalo al pretendiente, el teniente Jym. Por supuesto, se trata de un obsequio horroroso que pasma al enamorado, quien huye de la presencia fantasmal de su prometida. En el siguiente fragmento, observamos el contrapunto entre la obra de Meruane y la de Palma. El acápite denominado “la prueba” da cuenta de esto:

Mi voz pidiéndote eso, la vieja prueba de amor. Solo una, Ignacio, no es más que una la prueba, nunca te pediría dos. La prueba más pequeña que te podría pedir, apenas más grande que una canica. (...) Si no puedes comprometerte a darme lo que te pido, mañana no regreses (Meruane, 2012:173-74).

Por lo tanto, la idea sobre lo monstruoso que gravita en la novela de Meruane puede abrirse en dos posibilidades: la que refiere directamente al suspenso terrorífico y al texto de Palma, la otra, más oculta, relacionada con la idea de perturbación (línea que privilegiamos en el análisis sobre lo siniestro). En este sentido, proponemos que la relación comparativa entre ambos relatos permite establecer una especie de juego de espejos refractados, en donde el texto de Meruane podría ser una duplicación inversamente actualizada del cuento de Palma, ya que es Lucina (o Lina), quien ante el fracaso de la cirugía a la que fue sometida, demandará de Ignacio una prueba (“horrible”) de amor, exigiéndole la entrega de sus ojos; en este sentido el personaje se muestra transformado y, simultáneamente, insubordinado ante los principios reguladores de la sociedad tales como la familia o la pareja, cuyo acto cuestiona la racionalidad del hecho o desafía lo lógico de la petición. Esta contravención del orden se concreta también en el deseo abominable que manifiesta respecto a su madre, otra candidata más a entregar sus ojos:

Estaba viendo, yo, esos ojos ya no tan blancos, algo amarillentos, muy redondos, unidos a la cavidad vacía por un nervio grueso e intensamente rojo que se alargaba y se encogía sin llegar a cortarse mientras mi madre intentaba desgarrarlos, mientras yo misma gritaba ¡formol!, ¡alguien!, ¡formol! porque los ojos son órganos de corta duración (Meruane, 2012:149).

En los fragmentos, observamos el despliegue de otro problema que se suma a lo anómalo y a lo monstruoso, esto es, lo abyecto. Dado que particularmente los ojos producen una atracción “natural”, no obstante, la contra de Ignacio manifiesta rechazo en cuanto a la decisión de entregar sus órganos, quien, al parecer, ya no ve a su pareja Lucina, pues ella ha desaparecido: “Pero qué coño me estás pidiendo, Lucina, me decías golpeando la voz en la plaza (...)” (Meruane, 2012:173). Al respecto, Kristeva describe esta manifestación de abominación y extrañamiento como una convulsión oscura y rebelde en contra de lo que amenaza. Algo que arroja y vuelca el interior del propio sujeto hacia afuera:

Surgimiento masivo y abrupto de una extrañeza que, si bien pudo serme familiar en una vida opaca y olvidada, me hostiga ahora como radicalmente separada, repugnante. No yo. Pero tampoco nada (Kristeva, 2010:9).

En los fragmentos citados de la novela, se logra advertir lo descrito por Kristeva; las reacciones tanto de Ignacio como de la madre son de profunda perturbación y extrañamiento, puesto que la petición y deseo de Lucina detenta un poder de perversión que logra subvertir y desestabilizar los preceptos ideales en cuanto afecto filial se trata. Sentimientos amorosos subvertidos de quienes, a pesar de estar ahí tan cerca, (como madre o pareja) les es imposible de asimilar y asumir, misma reacción del oculista que se resiste a realizar un trasplante de ojos. Siguiendo a Kristeva, podemos decir que tanto la madre como Ignacio:

Asustado se aparta. Repugnado, rechaza (...) Y no obstante, al mismo tiempo, este arrebato, este espasmo, este asalto es atraído, hacia otra parte tan tentadora como condenada (...) un polo de atracción y repulsión coloca a aquel que está habitado por él literalmente fuera de sí (Kristeva, 2010:7).

A través de las escenas comentadas, pensamos que el estado morboso de Lucina representa una metáfora que va más allá del no ver. Es decir, el acontecimiento de la enfermedad ha provocado la emergencia de un estado de resistencia que modifica la vida del individuo, también repercutiendo en la vida de los otros. Sobre esto último, vemos que la actitud de enferma de Lucina no se encuadra en la definida para un paciente. En ella se revelan potencias que la empujan a traspasar límites y marcos (morales, sociales, corporales) para someter, obligar (a su pareja, a su madre o al médico) a realizar actos que van más allá de lo que podría relacionarse con la sensatez o lo lógico. Es decir, estira la realidad, desplegando los tejidos conectivos de la red de relatos y discursos que sujetan y organizan los contenidos normativos de la sociedad; en otras palabras, en su estado morboso, su anormalidad más bien tensa la red de relaciones arquetípicas prefiguradas e institucionalizadas en la sociedad. De ahí que la condición de monstruo aludida por Foucault funcione en el caso del personaje construido en la novela, ya que bajo tal estado de anomalía, su nuevo estatus (enferma monstruosa abyecta) le permite vulnerar y trastornar el orden, ahí donde su fuerza deja *mudos* –siguiendo a Foucault– a quienes interroga o apela. En relación a las implicancias simbólicas del monstruo, Moraña así lo expresa:

Entre sus muchas significaciones, la figura del monstruo –lo monstruoso– opera, en este sentido, como elemento desestabilizador que sin representar una alternativa política o social definida, interfiere en el registro de lo normal o lo normalizado para denunciar su parcialidad y su carácter ideológico. El monstruo muestra, materializa, exhibe, casi pornográficamente, una corporalidad que aloja el tráfico incesante de significados que desafían la represión y domesticación del sentido (Moraña, 2016:3).

De esta manera “la enfermedad se presenta en tanto amenaza a las intenciones hegemónicas que pretenden doblegarla” (Kottow, 2012), y la metamorfosis de Lucina en figura monstruosa funcionaría como resistencia y potencia dinámica, en cuyo desborde colisiona con otro cuerpo mayor: el social. En este sentido, extendemos complementariamente el análisis del monstruo, recurriendo a la figura de “el monstruo social” propuesta por Antonio Negri. Así, Lucina podría representar una sinécdoque, la parte del todo de un cuerpo amplificado, proyectivamente, el cuerpo de Chile.

Recapitulando, hasta aquí hemos tratado de sostener y ejemplificar que la figura del monstruo es una fuerza excepcional cuya potencia desconfigura la serie, un exceso que deforma la norma, una especie de *máquina de guerra* que rompe la fila, un “artefacto semiótico” como lo aborda Mabel Moraña, “en el que el transcurrir de la vida y la historia se detienen, de manera provisional, fijados en una imagen icónica en la que cristaliza una multiplicidad de sentidos que se proyectan sobre lo real” (Moraña, 2017), por lo que su aparición y desplazamiento significan doblemente una amenaza para el orden, y a la vez, una máquina capaz de dismantelar la imparcialidad de la regla, evidenciando del modelo su artificialidad programada que rechaza cualquier tipo de excepción. Es pues, una

entidad combativa, radicalmente contraria al principio eugenésico, resistiéndose a lo bueno y lo bello del poder biopolítico rectificador. En este sentido, la reflexión de Negri plantea:

El monstruo está fuera de esta economía del ser (...) El monstruo vaga en los sueños y en el imaginario de la locura; es una pesadilla de lo “bello y bueno”; sólo puede darse como destino catastrófico, motivado catárticamente, o bien como evento divino. Así, la racionalidad clásica domina al monstruo para excluirlo, porque la genealogía del monstruo es totalmente exterior a la ontología eugenésica (Negri, 2007:95).

Complementariamente, el “monstruo político” es otro de los nombres para la multitud, esa multiplicidad anárquica y viviente sin forma ni jerarquía que esquivo la trascendencia de un poder molar y totalizante” (Giorgi y Rodríguez, 2007:13). Por lo tanto, este monstruo (bio)político se manifiesta en la novela como una forma de resistencia a los principios dominantes fundados en la razón, ya sea, la normativa médica, la institucional o la transferida por las tradiciones, las cuales en su programación última, persiguen y pretenden absorber la locura y la catarsis, y de esta manera, afirmar los modos eugenésicos de la vida: “cuerpos de acuerdo a principios de selección y distribución jerárquica de una humanidad normativa frente a la cual toda resistencia, desvío o error sólo puede emerger como monstruo”(Giorgi y Rodríguez, 2007:13). Por tanto, en ese cuerpo monstruoso que emerge, es donde también se congrega:

El umbral que amenaza y resiste esos mismos dispositivos de sujeción: ese mismo cuerpo y ese mismo ser viviente se pueden tornar línea de desfiguración, de anomalía y de resistencia contra las producciones normativas de subjetividad y comunidad (Giorgi y Rodríguez, 2007:10).

Monstruo entonces, porque su potencia despierta y resiste la contracara de los sistemas de sujeción y disciplinamiento en torno a los cuales la comunidad se ha constituido y organizado. Lucina, mujer “bajo” el umbral de la ceguera, enferma que deambula, perdida por las calles de Nueva York o Santiago de Chile, que vaga en el imaginario disperso de sus locuras, amparada en la oscuridad de sus ideas “enajenadas”, quiere expropiar(los ojos) lo ajeno, quizás con el deseo de que también el otro, en ceguera, logre ver más allá de sí mismo, recuperarse o verse por dentro. Particularmente, esta idea de tomar lo ajeno, la relacionamos con la necesidad que tiene este monstruo de “hacerse parte” de y con lo otro, deseando lo que no le es propio ni le pertenece, y que no obstante, necesita recuperar para sí: la historia chilena no dicha, el tiempo irreversible del pasado, la fractura irremediable del olvido, la total oscuridad.

De esta manera, vemos que la “incorrección” ocular de Lina, congrega primeramente la insubordinación a la realidad (del tiempo y del espacio) y luego, el quebrantamiento (de lo normal, lo sano, lo cuerdo, lo bello y lo propio). Y es en esta dirección donde el título de la obra alcanza una significación especialmente metafórica, que va más allá de la enfermedad concreta, ya que al menos, en el uso del español coloquial chileno (y quizás hispanoparlante), “Sangre en el ojo” remite a una especie de venganza o deuda que saldar, guardando una sensación de resentimiento por algún acto injusto. En este sentido, con el nombre de la obra se podría estar invocando al “monstruo social” de Negri o a la “multitud” referida por Giorgi y Rodríguez, remitiendo oblicuamente, la deuda con los

cuerpos detenidos, secuestrados, torturados, desaparecidos durante la dictadura chilena, cuyos responsables de crímenes de lesa humanidad, en su mayoría, permanecen impunes e invisibilizados. En esta línea, concordamos con los trabajos desarrollados por Fenna en cuanto observa “implícitamente en la representación de Chile como aún enfermo de la dictadura, sucio, radioactivo, infernal y además oscuro”, (Fenna, 2015:15) o Fallas al relacionar el cuerpo enfermo de Lucina con el cuerpo enfermo de Chile:

País que, pese al tiempo transcurrido (...) tiene las heridas abiertas secuela del régimen dictatorial. Escrita de manera fragmentada *Sangre en el ojo* escudriña, simultáneamente, los meandros de la enfermedad de Lucina y de Chile, articulando ambos traumatismos en esta novela pendular por la que deambulamos tras los pasos de una ciega que vislumbra “todo sin verlo, viéndolo desde el recuerdo de haberlo visto” (Meruane, 2013, p. 19) (Fallas, 2014:8).

Podemos confirmar lo anteriormente dicho, relacionando esta simbólica de la “herida”, la “sangre” derramada que metaforizada en enfermedad, afecta no sólo el cuerpo del individuo sino el de una colectividad. Una relación que traspasa lo individual y posible de observar en las escenas del acápite “conexiones”: “Hundida en otra silla de ruedas hubiera querido ser un espectro que retorna en secreto a cancelar viejas deudas” y más adelante, las referencias se explicitan cuando un periodista incógnito (o encubierto) aborda a Lina en el aeropuerto llamando su nombre, “con inflexión nasal inquisidora” y la “interroga” diciéndole por sus lentes que “parecen sacados de la Dina” o refiriendo cruel e irónicamente que en Nueva York se encontró con “¡algunos chilenos! De-sa-pa-re-cidos” (Meruane, 2012:56-59).

En este sentido, es interesante como el significante adquiere una repercusión simbólica amplificadora y plural, que por una parte da cuenta de la deformación y desarticulación de un cuerpo (la palabra), y por otra, de la segmentación (y transmutación del verbo en adjetivo) que representaría la unidad nacional⁴ intervenida, re-partida y fragmentada del cuerpo social en cualidad de un todo diseminado. Rupturas de enunciaciones performativas que afectan incluso el orden del discurso.

Resumiendo las ideas principales de este acápite, el argumento foucaultiano del monstruo con capacidad para dejar sin voz a la ley, lo relacionamos con el proceso de enfermedad que “vive” el protagonista de *Sangre en el ojo*. De tal manera, así como hemos planteado, Lucina se torna en el monstruo que infringe y vulnera, vía abyección, los principios reguladores y los patrones del buen comportamiento social y sus modelos (la belleza, la pasividad femenina, la victimización del paciente). La experiencia de enfermedad se muestra en un doble haz de revelación/rebelación: por una parte, la realidad circundante la embiste, desplegándose como una amenaza constante. A la vez, Lucina también se muestra como el monstruo político que amenaza al orden y se insubordina a la voz de mando (de su pareja, de su familia, del médico y de la Historia chilena silenciada). De esta manera, la protagonista transita por una realidad invisibilizada que al mismo tiempo le muestra su contracara.

⁴ Es importante destacar que la dictadura militar de Pinochet se produjo cuando en Chile existía una coalición mayor de partidos políticos de izquierda que reunían al gran conglomerado llamado Unidad Popular, haciendo extensivo su uso para referir al Gobierno de Allende como el de la *Unidad popular*, la cual fue proscrita, desarticulada y hecha “desaparecer” sistemáticamente a partir del Golpe de Estado y el acontecimiento de 1973.

Paradójicamente, la ceguera de Lucina le permite “ver” lo que estuvo oculto bajo la plácida y omnipresente luz de la visión: el no-ver le permite identificar lo borroso y difuso del pasado, lo velado por el institucionalismo (médico o político) que con el paso de los años, devino nítidamente en ceguera social.

3. LO ANIMAL, LO SINIESTRO

En este último punto del análisis, nos detendremos en la emergencia de otra problemática asociada a lo monstruoso: lo siniestro, y junto con ello, lo animal. En relación con esto, en un texto de 1919, Freud propone que lo siniestro es la aparición de algo familiar que descoloca y descompone a un sujeto. En este sentido, “lo siniestro sería aquella suerte de espanto que afecta las cosas conocidas y familiares (...)” (Freud, 2016:2).

En *Sangre en el ojo*, observamos que la transformación del individuo enfermo desencadena aquella suerte de espanto familiar mencionado por Freud, lo cual, concretamente toma cuerpo en la animalización o figura bestializada del cuerpo humano. Esto nos lleva a relacionar este proceso de mutación con las ideas de Gabriel Giorgi:

El animal irrumpe en el corazón de lo propio, en un adentro que se multiplica en layers, en umbrales, en pliegues, y que retraza límites, fronteras, y distribuciones entre interior y exterior, entre lo propio (y la propiedad, la casa, el cuerpo, el reino del “yo”) y lo ajeno, la alteridad y lo impropio (...) (Giorgi, 2012:185).

Esta caracterización del animal es posible de observar en la siguiente serie de ejemplos: Lucina autorefiriéndose manifiesta: “Levanté la nariz buscando el olor a cemento mojado”, “Avanzaba como un murciélago desorientado” (Meruane, 2012:24), pues, la escena configura la imagen de un animal antes que la de un ser humano tentando, como lo podría hacer cotidianamente alguien con ceguera crónica al desplazarse por las calles de una ciudad; más bien, podría tratarse de un sabueso o cualquier otra bestia olfativa que pretende ubicarse en el espacio husmeando a través los sentidos antes que privilegiando la razón. Por lo que el cuerpo animalizado funciona como una interrupción, un corte sobre los límites de lo propio, ya que esta trans-formación suelta la parte del individuo sujeto a la sociedad humana y permite, al decir de Giorgi, “re-trazar” las líneas demarcatorias tanto del territorio propio, que ya no lo sería bajo la nueva condición, y de lo ajeno debido a la emergencia y liberación hegemónica del “yo”.

La figura del *devenir animal* deleuziano, en este sentido funciona en el texto, ya que Lucina traspasa y migra de ser en ser como potencia dinámica de un cuerpo animalizado que transcurre sin un punto fijo: Latinoamérica o Norte América, Santiago de Chile o la ciudad de Nueva York en Estados Unidos. Desplazamientos por el aire (aviones), por el suelo, el asfalto de las ciudades, la tierra o la arena (de las playas del litoral), transcurrir y cruce, puro movimiento de fronteras.

Como hemos planteado más arriba, su cuerpo, trasciende como un umbral inestable de ambivalencia entre lo animal y lo no humano⁵, configurando un devenir otro que pone en crisis la fijeza del principio de identidad y su representación. De esta forma, la figura animal combate a la cultura, es decir, se presenta como una alternativa flexible y extraña a las coordenadas arraigadas en la cultura occidental.

Lo mismo podemos ver en otras escenas del relato: “Con un ojo ciego de sangre y el otro empañado por el movimiento andaba más perdida, más *gallina*⁶ vendada, mareada y turuleca”(Meruane, 2012:29), o “Supe que me había ido *adosando* a Ignacio como una hiedra, envolviéndolo y enredándolo con mis *tentáculos*, *succionado* de él como una *ventosa* empecinada en su víctima (Meruane, 2012:50) y también: “Por supuesto que no, rabió Raquel, por supuesto que sí, le *ladré* yo, consumida por una *rabia* (...), (Meruane, 2012:83) “Te eché de menos, dijo él, poniendo voz de *pájaro desplumado* (...) (Meruane, 2012:83-84).

La ceguera en Lucina, desde lo médico y lo humano, se presenta como una imposibilidad en la cual descansan las prácticas anatomopolíticas, no obstante, desde lo animal, el perder la vista le obliga a despertar y agudizar otros sentidos, a través de los cuales logra “ver más allá”, traspasar hacia lo que estando “sana”, le fue imposible de observar. Pensamos en la figura del “animal anómalo” propuesta por Anne Sauvagnargues enfrentando al ser humano con su limitada naturaleza, en tanto figura (real) que expresa la disolución de la subjetividad, derivando como fenómeno de borde, una oscilación entre individuo y especie, materia y forma (Sauvagnargues, 2006:25).

Al respecto, la reflexión de Giorgi es esclarecedora:

El animal da testimonio de una vida que se ha vuelto extraña a las formas de lo humano, al mismo tiempo que se ha tornado, de modos explícitos (...) una vida, en fin, cuya inhumanidad no se limita a la excepción del monstruo, del enfermo o del anormal, sino que emerge en el núcleo de lo humano como un principio dislocador y opaco (...) emerge también como instanciación de lo monstruoso, lo animalizado, lo impersonal, lo inhumano; como fuerza que atraviesa las construcciones normativas del individuo y de lo humano (...) (Giorgi, 2012:186).

Adicionalmente, el siguiente fragmento resulta ilustrativo en relación con las ideas antes mencionadas:

Así me desplazé por el pasillo [del avión] enumerando los asientos en busca del baño. (...) Todo bajo control, me dije, haciendo equilibrio en la taza del baño químico. A mi regreso comenzaron las turbulencias y mi mano se volvió una garra que buscaba torpemente en el vacío asirse en un respaldo, pero aterrizó, en vez, sobre algo tibio, blando, carnoso. Mis dedos de buitre con sus uñas mal cortadas habían ido a parar sobre un hombro. (...) Intentando en vano o más bien fingiendo que intentaba retirar la garra de la boca que se abrió de golpe para emitir una queja. ¿Qué hace esta imbécil? (...) Este es su asiento, rezongó

⁵ No es nuestra intención analizar aquí cada una de las funciones que podrían tener los animales convocados en el texto, materia que nos reservamos para una investigación futura.

⁶ Las cursivas referidas a animales son nuestras.

lentamente, como si yo no entendiera nada, como si fuera una retrasada o para ella peor, una gringa (Meruane, 2012:55).

Esta autopercepción del personaje, nos la propone como en un estar “fuera de sí” misma, exorbitada de sí, devenida en animal anómalo y encarnada en otra especie viviente que no resulta ni enteramente humana ni completamente animal. Por ejemplo, destacamos cuando su mano se vuelve garra o no manifiesta actitudes racionales.

Por otra parte, la etimología y la onomástica nos entregan algunas pistas sobre la significancia y valor antitético que adquiere en el relato la antroponimia tanto de Ignacio⁷ como de Lucina. Pues, si el nombre del prometido tiene relación con lo ignífero, lo inextinguible, lo que da luz y llama, fuego en tanto principio activo, etc., Ignacio asume un rol de lazarillo, dado que él también experimenta una especie de transformación ante los ojos ciegos de Lucina, pues, lo cosifica como un hombre-faro, una pareja-antorcha que guía a la mujer embarcada (en los aviones) a la deriva, perdida en la marea de la vida, ida de sí misma (en su casa), sin brújulas para ubicarse (en las calles), extraviada en la ciudad, extrañada en los países, no obstante, siempre demandante e insubordinada. Igualmente, el nombre Lucina remite también a la luz, pero la narradora ironiza con esto: “el santoral registra a manera de una errata etimológica, como Lucila o Lucita o Lucía o incluso como Luz, que se acerca tanto a Luzbel, el lumínico demonio” (Meruane, 2012:57). Pues, vemos que este ser enceguedo es inversamente una luz entre tinieblas, el ángel doblemente revelado y rebelado, lejos o alejado de lo humano: una “especie otra”, mitad humana, por una parte, mitad animal alado, ángel caído a la Tierra, pero, por otra, presumiblemente con una misión protectora o consoladora, deambulando en el espacio oscurecido de los muertos, transitando en el espacio invisible de los vivos, convertida en un ángel hereje.

En suma, la anima(liza)ción de los objetos se presenta como una constante que además de alterar la normalidad cotidiana, agrega el elemento siniestro, provocando un singular efecto infausto. Como lo plantea Freud:

Las impresiones, sucesos y situaciones susceptibles de despertar en nosotros el sentimiento de lo siniestro con intensidad y nitidez singulares (...) como caso por excelencia de lo siniestro, la duda de que un ser aparentemente animado, sea en efecto viviente; y a la inversa: de que un objeto sin vida esté en alguna forma animado(...) La circunstancia de que se despierte una incertidumbre intelectual respecto al carácter animado o inanimado de algo, o bien la de que un objeto privado de vida adopte una apariencia muy cercana a la misma, son sumamente favorables para la producción de sentimientos de lo siniestro (Freud, 2016:5-7).

En lo anterior, se logra observar la forma como los objetos comunes adquieren animación/ animalización, lo que provoca un sentimiento de incertidumbre en Lucina, pues, es ahí en la familiaridad trastocada donde estos sentimientos siniestros “cobran vida”: “La casa estaba viva, empuñaba sus pomos y afilaba sus fierros mientras yo insistía en arrimarme a esquinas que habían

⁷ Una línea etimológica sostiene que su origen deriva del latín *ignatius*, y este de la raíz *ignis* (fuego), por lo que significa fogoso o fervoroso (...) La segunda parte del nombre viene del latín *natus* (nacer) por lo que *Ignatius* significa nacido del fuego (...). O ignífero en la definición de uso adjetivo: “que arroja o contiene fuego” (RAE, 2016).

dejado de estar en su lugar” (Meruane, 2012:29). Otro ejemplo posible de advertir en cuanto a lo siniestro, es cuando la narradora refiere a una parte del departamento que habita como “una sala tuerta” (Meruane, 2012:34), proyectando su rostro amplificado en una especie de puesta en abismo abismante.

Pues, la transformación de la realidad, muestra el mundo de otro modo, uno no habitado por Lucina, ya no el que contempló, ahora es otro y ella también, una realidad animada y animalizada, donde cada cosa o ser pasa a ser otro, un mundo que se des-ordena, que no tiende a permanecer, cuya funcionalidad, revela de la realidad su anverso oscuro, el lado incógnito que logra espantar, amenazar, e intimidar la intimidad, pero también significa descubrimiento de un lugar otro. Al respecto, es ilustrativo un fragmento del acápite denominado “caja negra”, cuando Lucina e Ignacio viajan en el avión de regreso desde Santiago a New York:

Cubrí tu cabeza tan tuya con la manta y cubrí también la mía. Ignacio, susurré y te soplé la cara y luego subiendo la voz repetí tu nombre y te apreté el brazo. Pero tú no respondías, tenías la voluntad narcotizada, estabas como muerto pero eras un muerto completamente mío. Recosté tu cabeza sobre mi hombro y contravine la única prohibición que me habías impuesto. Rigiéndome por un protocolo que yo misma estaba improvisando, pasé los dedos con quietud y avaricia por tus párpados dormidos, sintiendo en las yemas el roce suave de las pestañas, sintiendo que tu piel se abría y me permitía tocar tu cornea húmeda, gomosa, exquisita, y entonces mis dedos ávidos se encendieron, se encendieron pero esto tú no lo sabes, no puedo contarte que ya no pude detenerme. Te separé los párpados y pasé la punta de mi lengua por ese borde desnudo que sentía como mi propia desnudez, y pronto lo estaba lamiendo entero, te estaba chupando entero el ojo con suavidad, con los labios, con los dientes, haciéndolo mío de un modo delicado, íntimo y secreto pero también apasionado, tu ojo Ignacio (...) (Meruane, 2012:115).

Observamos en la escena una atmósfera de suspenso, cuando no de un misterio que roza lo horroroso, dado que la conciencia de Lucina propende hacia lo mortífero o vampiro, rondando perniciosamente el sueño necrológico de Ignacio narcotizado. Lo está mirando “con otros ojos”, a la vez, un deseo erótico, así como un ansia raptora y devoradora. La ambigüedad del fragmento proporciona fundamento para relacionar la escena con lo siniestro y con aquello que se aleja de lo racional y se posiciona en lo bestial, ya que la actitud de Lucina desborda los límites de lo comúnmente aceptado o lo normalmente acostumbrado en relación con cuidar el sueño de una persona. Ella más bien está acechando a Ignacio, aprovechando la oportunidad para cazar sus ojos, para sustraer (succionando) y apropiarse del bien ajeno. Acción siniestra en cuanto que hay invasión al otro, una manipulación de su intimidad, una erotización ambigua del cuerpo ajeno, pero que efectivamente perturba y pervierte el “recto” sentido por un deseo desviado. Un ejemplo similar encontramos en: “Esos ojos me daban más miedo que el futuro de los míos, porque son ojos que me han seguido y todavía me persiguen; incluso en sueños, Ignacio, esos ojos de conejo” (Meruane, 2012:30).

En el texto de Freud sobre “Lo siniestro”, llama nuestra atención la referencia a los cuentos de E.T.A. Hoffmann, específicamente, cuando menciona “El arenero”:

Der Sandmann (“El arenero”), que forma parte de los *Nachtstücke* (*Cuentos nocturnos*) y del cual procede la figura de la muñeca Olympia (...), aparentemente animada (...) [pero] El centro del cuento lo ocupa más bien otro tema, precisamente el que le ha dado título y que siempre vuelve a ser destacado en los momentos culminantes: se trata del tema del arenero, el “hombre de la arena” *que arranca los ojos a las criaturas* (Freud, 2016:5).⁸

En esta cita, vinculamos otra vez lo que hemos planteado al principio, la constante del horror que se desliza sigilosamente en *Sangre en el ojo*. Una referencia intertextual oculta, ubicada en el punto ciego de la lectura, pero que logra entrecruzar los tres relatos: “Los ojos de Lina” de Palma, “El arenero” de E.T.A. Hoffmann y la propia novela de Meruane. Así, como hemos dicho, en la obra, Lucina podría ser el inverso humanamente animado de la muñeca Olympia que desata las pasiones con Ignacio, pero también podría tratarse del arenero que quiere arrancar los ojos de cuanto y quien desde su ceguera observa y acecha⁹.

Citando nuevamente a Freud:

La experiencia psicoanalítica nos recuerda que herirse los ojos o perder la vista es un motivo de terrible angustia infantil. Este temor persiste en muchos adultos, a quienes ninguna mutilación espanta tanto como la de los ojos (Freud, 2016:7).

Lo sostenido sobre la angustia infantil, nos resulta de sumo interés, ya que en el relato vemos profusamente el regreso del personaje en diversos niveles de temporalidad y significación, de ahí que en el texto se inserten iterativamente las anacronías en el sentido dado por Georges Didi-Huberman (2015), dando cuenta que no sólo el espacio y el cuerpo de Lucina fueron afectados por el acontecimiento de la enfermedad, sino que el tiempo también se ha “visto” transformado. Anacronías que quebrantan la linealidad del tiempo, dando paso a su dispersión, contrariando su fijeza direccional. Esta operación posibilita el acceso y la emergencia de alteraciones que tienen la capacidad de ligar tiempos dispares: el pasado superpuesto en el presente o viceversa, lo cual va tejiendo por debajo de la línea superficial del relato el modo siniestro que puede (o pudo) adquirir la realidad en un “abrir y cerrar de ojos”, provocando el sentimiento angustioso de lo repetitivo siniestro al decir de Freud:

Retorno involuntario a un mismo lugar, aunque difieran radicalmente en otros elementos, producen, sin embargo, la misma impresión de inermidad y de lo siniestro. Por ejemplo, cuando uno se pierde, sorprendido por la niebla en una montaña boscosa, y pese a todos sus esfuerzos por encontrar un camino marcado o conocido, vuelve varias veces al mismo lugar caracterizado por un aspecto determinado” (Freud, 2016:9).

⁸ La cursiva es nuestra.

⁹ Mabel Moraña analizando lo monstruoso en la cultura popular del espacio andino, se refiere al pishtaco y el sacaojos. Ambas figuras son monstruos que atacan para apoderarse del cuerpo humano: la grasa, en el caso de los pishtacos, y los ojos en los segundos. Citando a Catharine Stimpson, señala que el “*pishtaco* reaparece como *sacajojos*, bajo la forma de técnicos médicos blancos vestidos con trajes oscuros que roban o desmembraban a los niños”. Estos relatos contruidos a base de imágenes espectrales, tendrían la función simbólica compleja de transmitir los miedos y ansiedades de la población, como así también, su rechazo a la manipulación, a las economías centralistas, a los modelos hegemónicos y a los procesos transnacionales de explotación (2016:7).

Toda esta retórica del retorno angustiante, la podemos ver, por ejemplo, cuando Lucina regresa al país, a “puro chile” (Meruane, 2012:44), a Santiago, su ciudad natal, experiencia que le provoca reacciones adversas, recordando la historia reciente, rememora lo acontecido bajo dictadura, inerte aparece el sentimiento siniestro y traumático: “un tiempo pretérito al que yo no quería volver” (Meruane, 2012:57). Pero contradictoriamente regresa al hogar paterno, al lugar de su infancia, recorre los sitios y lugares de su vida anterior, desconstruyendo el tópico y “lugar común” del “todo tiempo pasado fue mejor”: en la playa, con sus amigos, al regreso en el avión de Santiago a New York, al regresar al hospital, a las consultas con el oculista -ocultista de información- Lekz. Es más, la novela comienza con las escenas en que Lucina e Ignacio *retornan* a su departamento con posteridad a la fiesta donde sufre el derrame, “el estallido” ocular, y culmina con la sugerencia siniestra de *volver* con el “ojo fresco” de Ignacio (Meruane, 2012:177). Al respecto, citamos fragmentos del acápite “agujeros” donde se puede apreciar el anacronismo del retorno cuando Lucina recorre con su hermano zonas icónicas de la ciudad de Santiago:

Antes de iniciar el recorrido y agarrar velocidad, pude espiar con los ojos de la memoria, los ojos de la mente que componen después el recuerdo, por el espejo retrovisor (...) Me esforzaba por atender a lo que mi hermano decía, tan joven y eufórico, tan indolente. Dejaba afuera salpicando el mapa de en mi memoria visual con trozos sueltos de la ciudad (...) El auto surcó la ciudad (...) hasta que llegamos al palacio de La Moneda que se me figuró blanco, immaculado, previo al estallido de las bombas y a los helicópteros militares sobrevolándonos, y en medio de la imaginada ofensiva con la banda sonora del dictador anunciando su nefasta victoria se coló la voz viva, gutural y articulada de mi hermano(...) Félix, dije yo, interrumpiéndolo, ¿y los hoyos? ¿En La Moneda? (Meruane, 2012:70-72).

En el fragmento nos damos cuenta de esta irrupción en la línea temporal que se cuele precisamente por los “hoyos” de la Historia. La memoria “visual”, *el espejo retrovisor* de Lucina penetra la porosidad “invisible” del supuesto *continuum* y logra acceder de forma combativa a las imágenes del pasado, posibilitando una posible reconstitución del presente que entra por sus propios ojos-hoyos, paradójicamente, no-videntes. Es un singular detalle que la novela se inicie con el relato sobre “el estallido” del ojo de Lina, y que en este otro acápite se re-produzca en una *sui generis* sinécdoque y *mise en abyme* en cuanto la protagonista rememora las explosiones y detonaciones del bombardeo de La Moneda bajo la “operación” militar en Chile, a la “vista de todo el mundo”.

Recapitulando, tanto la figuración del animal como la aparición de lo siniestro, operan en tanto dispositivos que asedian la misma esfera: la suspensión del *continuum* humano para el caso de la animalidad, y la atemporalidad en cuanto a lo siniestro. Estos movimientos y devenires, repercuten en la capacidad de transgresión de la realidad, poniendo bajo el signo de interrogación las reglas de la producción en serie: la de seres (humanos) uniformes o de categorizaciones fijas como las del tiempo y el espacio.

CONCLUSIÓN

Hemos pretendido demostrar que la ceguera en *Sangre en el ojo* funciona como expresión de una crisis que desborda la individualidad del sujeto enfermo y por consiguiente, en tanto metáfora, se ha trasladado al plano colectivo, dado que la figura monstruosa del personaje concentra los abyectos del mundo contemporáneo. Lucina “encarna” aquello detestable y aborrecible, es decir, lo que la sociedad oblitera y lo que los sistemas normativos persiguen: lo feo, el espanto, la locura. Lucina, en tanto individuo monstruoso, es la entidad que encarna lo tachado por el paradigma de la modernidad: lo abyecto, lo horrendo, lo enfermo: un caos que amenaza con su avance los presupuestos de una comunidad humana cosmética, higiénica y eugenésica organizada bajo los principios del orden y el control (el “rostro bello”, el “amor rosa”, la “familia bien conformada”). Este monstruo tuerto hace resistencia frente a la colisión con los sistemas normativos que le salen al paso, Lucina, es por tanto, una realidad espectral, una figura que detenta un poder capaz de desestabilizar y suspender los sistemas.

El acontecimiento de la enfermedad se presenta como la oportunidad de hacer frente al infortunio o de interrogar directamente a las reglas impuestas. Por lo que la figura del monstruo representa la ruptura, el quiebre, la detención, la suspensión, el *blackout* al sistema que “permite la emergencia de una política de desacuerdo, de revelación, de confrontación y de enfrentamiento cotidiano” (Noemi Voionmma, 2012).

Junto con lo que hemos planteado, sugerimos que la novela podría verse como una obra circular y segmentaria, con la forma esférica de un ojo parpadeante, que intenta mostrar con palabras entrecortadas las escenas que no se logran ver, es decir, pretendiendo superar el velo de lo imposible. Por ello, el tema del regreso se torna uno de los puntos ciegos más sobresalientes, que no obstante, queda abierto, (¿reactuación o reelaboración del trauma en términos de LaCapra?) como la novela misma, que presenta una acción final inconclusa, sin fin (¿trasplantes de ojos?). Un ojo despierto, atento, que observa y vigila no para castigar sino denunciar lo que está oculto. Un ojo que todavía no puede llorar. Un ojo hemorrágico que aun sangra.

En este sentido, pensamos que la obra va más allá de la narración autobiográfica o del relato personal de una enfermedad, pues, el texto, en su entramado, pretende desdoblarse la individualidad del yo para ponerse y apostarse en relación combativa con un nosotros, punto en el cual se intersectan tanto seres humanos, animales y objetos, lugar donde el monstruo es el único que no se ha sometido.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZ, Thomas (2006). "Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales". BONGERS, Wolfgang y OLBRICH, Tanja (ed.) *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós.
- ARECO, Macarena (2015). *Cartografía de la novela chilena reciente: Realismos, experimentalismos, hibridaciones y subgéneros*. Santiago de Chile: Ceibo Ediciones.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (2015). *Mil mesetas*. Valencia: Pretextos.
- DIDI-HUBERMAN, Georges (2015). *Ante el tiempo*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- FALLAS, Teresa. *Revista Estudios*. Universidad de Costa Rica. (29) (2014): 1-24.
- FENNA WALTERS, Simone. *Revista Estudios*. Universidad de Costa Rica. (31) II (2015):1-18.
- FOUCAULT, Michel (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- FOUCAULT, Michel(2007). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura.
- FREUD, Sigmund (2016). "Lo siniestro". *Obras Completas*.
- GIORGI, Gabriel y Rodríguez, Fermín (2007). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. I ed. Buenos Aires: Paidós.
- GIORGI, Gabriel. "El 'animal de adentro': retóricas y políticas de lo viviente". *Voz y escritura. Revista de estudios literarios* 20 (2012):181-194.
- KOTTOW, Andrea (2012). "Patologías deconstructivas: cuerpos enfermos y razón moderna en la literatura chilena...". *Revista de estudios literarios* 20 (2012):129-150.
- KRISTEVA, Julia (2010). *Poderes de la perversión: Ensayo sobre Louis-Ferdinand Céline*. México: Siglo XXI.
- LACAPRA, Dominick (2006). *Historia en tránsito: experiencia, identidad, teoría crítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- MERUANE, Lina (2007). *Fruta podrida*. Santiago: Fondo de Cultura Económica.
- MERUANE, Lina (2012). *Sangre en el ojo*. Santiago: Mondadori.
- MERUANE, Lina (2012). *Viajes virales*. Santiago: Fondo de Cultura Económica.
- MERUANE, Lina (2014). *Contra los hijos*. México: Tumbona.
- MORAÑA, Mabel (2016). "Antonio Cornejo Polar y el monstruo andino." I Congreso Internacional de Teorías, Críticas e Historias Literarias Latinoamericanas. Julio 5-8, Lima.
- MORAÑA, Mabel (2017). "Prefacio teratológico: pensar el monstruo". *El monstruo como máquina de guerra*. Madrid: Iberoamericana-Vervuert.

- NEGRI, Antonio (2007). “El monstruo político. Vida desnuda y potencia”. Giorgi, Gabriel y Rodríguez, Fermín. *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. I ed. Buenos Aires: Paidós: 93-139.
- NOEMI VOIONMAA, Daniel (2012). “Con Sangre en el ojo: para una escritura de resistencia”. *Amerika 7: Imaginaire et réalité dans les Amériques: mémoire, identité et politique sexuelle*.
- OLEA ROSENBLÜTH, Catalina (2015). “Realismo(s) en la novela chilena reciente”. *Cartografía de la novela chilena reciente: Realismos, experimentalismos, hibridaciones y subgéneros*. Santiago de Chile: Ceibo Ediciones: 23-50.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2017). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.).
- SAUVAGNARGUES, Anne (2006). *Deleuze. Del animal al arte*. Buenos Aires: Porrúa.



CORTOCIRCUITO

Short circuit

LINA MERUANE

Lina Meruane (Chile 1970) enseña en el Global Liberal Studies Program de la Universidad de Nueva York. Su obra de ficción incluye los relatos reunidos en *Las Infantas* (1998), y las novelas *Póstuma* (2000), *Cercada* (2000), *Fruta Podrida* (2007) y *Sangre en el Ojo* (2012). Entre sus ensayos se cuentan su estudio sobre el impacto del Sida en la literatura Latino americana, *Viajes Virales* (2012), *Volverse Palestina* (2014) y la diatriba *Contra los hijos* (2014). Ha recibido los premios Anna Seghers (Alemania 2011) y Sor Juana Inés de la Cruz (México 2012) y becas de escritura de la Fundación Guggenheim (USA 2004), National Endowment for the Arts (USA 2010) y DAAD (Alemania 2017).

The connecting fibers in a human brain, extended, would wrap around the Earth forty times. Horrible, I thought.

Jenny Offill

El país se había quedado a oscuras. Era un inmenso cortocircuito sin velas. En otros tiempos, en otro lugar, su casa estuvo llena de ellas, largas, blancas, envueltas en papel azul, en paquetes de a seis, pero en este país la luz no se iba nunca. Nunca, hasta que se fue.

Y Ella, la que escribía bajo una lámpara mortecina que a medias iluminaba la noche, se quedó parpadeando, preguntándose si sería un apagón o un atentado en la vieja estación nuclear construida y abandonada durante la guerra fría. No muy lejos de su casa, esa energía caliente que en cualquier momento podía estallar.

Solían reventar los volcanes en su país del pasado, se subían los canales y los ríos, se estremecían los edificios en el roce perpetuo de las placas, o ardían los bosques hasta la raíz, las casas, los caminos y sus carteles, los panales, sus abejas, los pájaros aleteando, calcinados los cuerpos si no apuraban la evacuación.

Esos, sus cuerpos, poseídos por la luz.

La vieja batería no iba a durar y cerró su aparato. Esto me va a atrasar, le aulló a Él desde alguna esquina; se la oía abriendo cajones y buscando en vano una linterna. Él levantó una vez más su voz incendiaria para decirle, otra vez, otra vez, hasta cuándo, decirle que escribir horas tan largas podía hacerla estallar también a ella.

Meruane, Lina.
"Cortocircuito".

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (2017): 217-225.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10644 ISSN: 2340-1869

Pero no dijo estallido, dijo, quemándose la lengua en un café que no veía, que acababa de prepararse en la cocina y ahora equilibraba en su mano. Dijo cortocircuito.

Ella vio una chispa recorriendo su sistema nervioso. Se le levantaron los pelos, encendidos, vibrantes, eléctricos.

La amenaza colgaba como un cable pelado, entre ellos.

* * *

En una época la ciencia ambicionó dar a luz a los muertos. El monstruo vitalizado por un rayo eléctrico.

* * *

De golpe se encendieron todas juntas las ampolletas. Comenzaba la función. Ella se sentó a protagonizarla a expensas de sí misma. Escribía sin detenerse, esforzándose por apurar la máquina y acercarse al final de su texto. Ella escribía. Él tomaba siestas. Ella, lejos de terminar, se extendía por las páginas.

* * *

Imaginó que enfermaba gravemente. Se declaraba enferma para excusarse del trabajo asalariado. Pedía enfermarse. Se refugiaría en la pantalla iluminada. Con sus dos manos. Con las ochenta y dos teclas apretadas bajo diez dedos dejándose caer de manera intermitente. Las huellas impresas en una novela a la que le faltaban arduas semanas de mesa.

Be careful what you wish for, fue lo que Él le advirtió. La nariz apuntando al plato mientras murmuraba esa frase, como si fuera, Él, un condenado a cadena perpetua. El opaco prisionero de una casa donde más que vivir, ambos escribían.

Be careful. Hubo un pestañeo en la luz.

* * *

9 semanas. 63 días. 754 horas después de haber iniciado su novela. Un calambre en la espalda y entonces, la quietud.

Era un verano caluroso y húmedo por el que corría la brisa agónica de un viejo ventilador. Daba la hora 768 y Ella seguía tirada en la cama, con una manta eléctrica bajo la nuca, maldiciendo la mesa demasiado alta, la dura silla que ahora la obligaba a la posición horizontal. El latigazo cada vez que cambiaba de posición. Unos días más y me levanto, decretó, y subió al máximo la temperatura del aparato.

* * *

Después: bajo la ducha tuvo la impresión de que se le había desvanecido la piel. Se tocaba pero no se sentía. La toalla deslizándose como un soplo por su espalda.

No haber recibido señales del daño era preferible al ardor insoportable que se le instaló en el omóplato, después. Que se tomó el hombro, el cuello, el pecho. Después. Una quemadura invisible la arropaba. No había rastro alguno sobre su piel. El verano seguía recalentando los ladrillos afuera, y Ella, que se incendiaba al moverse, que moría al vestirse, siguió escribiendo desnuda en la cocina.

Le dijo: me quemé los nervios, las terminaciones nerviosas con la maldita manta. Se lo dijo extendiendo una crema fría sobre su hombro, sobre el pecho y la espalda. Él no podía verla desde la remota ciudad del congreso al que estaba asistiendo. Él no respondió, y en esa pausa a Ella se le cruzó la frase donde Lester King afirma que algunos síntomas son superficiales, otros intrascendentes, otros esenciales. ¿A cuál correspondería el hormigueo que se había sumado a su dolor?

* * *

Lo que se pregunta Eula Biss: de uno a diez, cuánto mide tu dolor. De uno a diez, piensa Ella. ¿Seis? Eula Biss asegura que cualquier dolor que una pueda sentir es el peor dolor que se pueda imaginar. Querría creer que hay un umbral para el dolor. Que existe una máxima intensidad que los nervios dejan de registrar.

* * *

Su Padre se había desmayado de dolor. Ella lo había visto caer por un pasillo, una vez.

* * *

Así se va terminando el verano, así, a medio vestir, se sube a un avión para ir a encontrarse con Él en la remota ciudad. La quemadura o su fantasma persisten pero su intensidad se va esfumando. Entre Ella y su dolor se instala un adormecimiento que comienza en el hombro y se extiende por el brazo hacia el codo hasta alcanzar el dorso de la mano derecha, los dedos donde todo comenzó.

Pero quizás no había comenzado ahí. El brazo dormido admitía otra lectura. Porque ya no eran sólo el hombro, la espalda, el pecho, el brazo, la mano, era el borde dormido de la cara.

Esas estaban siendo sus merecidas vacaciones. En las tardes siempre estaba peor.

* * *

Su Padre opinó –por teléfono, desde las antípodas– que no parecía necesario apurar el regreso por una parestesia. Su Neurólogo –en una lacónica línea escrita desde Nueva York– opinó que un nervio pinchado no debía alarmarla. Pero su Padre opinó –en otra llamada a la ciudad remota– que un nervio pinchado no debía ser. Su Madre opinaba lo mismo. Era demasiada opinión.

Escribió brazo dormido en su buscador y ya no pudo dormir.

* * *

Que no se apoyara en la puerta del elevador, decía su Padre cada vez que ascendían desde el subterráneo. Que no se apoyara, era peligroso. Pero Ella descansaba el peso de su cuerpo contra esas puertas que se deslizaban sobre sí mismas, una sobre la otra, al abrirse. Las hojas de acero se movieron y entre ellas quedó su brazo. Su pellejo apisonado y su Madre gritando, gritando, temiendo que el brazo quedara separado del cuerpo cuando el Padre, asiéndola con sus manos enormes, la arrancó de un tirón.

Su Padre le dio una paliza inolvidable que Ella, sin embargo, ha olvidado.

La Hija sentada sobre las piernas de su Padre con los ojos brillantes. Se los imagina a ambos con la mirada inflamada: él le cuenta un cuento que Ella tampoco recuerda.

Tantos momentos dormidos en la memoria.

* * *

Por fin llamaron a un médico. Esperándolo pidieron una sopa que se tomaron silenciosamente en el lobby del hotel. Y aunque a cada tanto levantaban la vista, el médico se les pasó por delante como un sonámbulo y se volvió a ir, sin verlos. Debieron esperar a que terminara su larga y remota ronda por la ciudad, esperar a que regresara, a mediodía. Campanas repicando desde lo alto de la iglesia.

Y tenía nombre de futbolista pero su manera de examinarla era la de un entrenador o la de un masajista. Le pidió que realizara una serie de movimientos coordinados en la pequeña habitación. Que caminara para adelante y para atrás. Que levantara los brazos para que él midiera su fuerza. Que se tocara la punta de la nariz con un índice y con el otro. Le metió un dedo entre cada par de vértebras, le torció el cuello. No era grave, a su juicio, pero no daba con un diagnóstico: pudiera ser un nervio aplastado por la hernia discal pero habría que mirarla bajo rayos.

No es un nervio estrangulado, insistía con impaciencia su Padre. La ramificación del nervio tiene un recorrido que no es el de tu síntoma.

Esa noche, entre las sábanas de la remota ciudad, Ella se frota el borde dormido del rostro. Sigue sin pegar ojo. Su pupila deambula por páginas médicas que asocian parestesia con enfermedades inflamatorias que terminan en parálisis. El ojo rueda, se desbarranca, golpea el teclado y lo despierta a Él. Apaga eso, susurra, atontado. Deja de leer esas páginas.

Esas páginas que su Padre le prohibió de manera terminante. Pero de todos, el médico al que más había ignorado Ella era su Padre.

* * *

Lo que decreta el Neurólogo a su regreso: las cervicales castigadas y un nervio aplastado por el trabajo. ¿Y lo de la cara, también será nervioso? El médico despliega una sonrisa ambigua, your nervous face. Producto del nervio o del nerviosismo, quién sabe. El Neurólogo debería saberlo, piensa Ella sintiendo que un calor le irradia la cabeza. ¿Podría no ser un nervio? Es un nervio, puntúa él. ¿Podría tomarme exámenes, para estar seguros?, dice Ella recordando la sugerencia del médico entrenador o masajista. Estamos completamente seguros, lo ve decir frotándose otra vez los ojos bajo unas cejas tupidas, seguros, ha dicho, estirando sus labios plásticos, mostrándole sus dientes esmerilados. Salvo que tú insistas. Insisto, insiste Ella ocultando sus dientes chuecos y cariadados. Sus muelas llenas de cavidades en las que distrae la lengua. Sabemos exactamente lo que van a mostrar las imágenes, sentencia el Neurólogo levantándose victorioso de su silla, terminando de escribir la orden para la resonancia magnética.

* * *

En la oscuridad, para orientarse, los murciélagos lanzan cientos de chillidos inaudibles que al devolverse les indican qué se mueve alrededor, intentando evadirlos. Lo que su miopía les impide ver adquiere forma en el eco. La resonancia, concluye Ella, es el grito ciego de la medicina. Un rayo que produce imágenes desde la oscuridad impenetrable del cuerpo.

* * *

Nunca estuvo en la caja de resonancia. Su Madre, que ya ha pasado por ahí, le sugiere cerrar los ojos y concentrarse en cosas agradables. Pero en la metralla de pitos Ella no logra encontrar una sola idea feliz a la que aferrarse. Se deja llevar entonces por la turbulenta sensación de estar nadando en altamar, de estar atravesando o intentando atravesar el Estrecho de Magallanes entre olas que la levantan y la dejan caer. Debe concentrarse en la respiración para alcanzar la orilla, ya no queda tanto, se dice, una y otra vez.

Y los días pasan como olas espigadas. Su vértigo es la espera.

* * *

El teléfono entrega dos noticias. La buena: ninguno de sus nervios estaba comprometido. La no buena: un mal de otro orden se ha hecho visible. Han encontrado algo en su columna. Algo como qué, responde Ella sentándose en una silla vacía de la sala de clases que acaba de terminar. Una inflamación en la médula cervical. Una estridente mancha blanca dentro de la nuca.

Pero en vez de citarla para presentarle su mancha espumosa, el Neurólogo la manda de cabeza a la caja radioactiva.

* * *

Está cumpliendo 46 años dentro de otra caja en la que deberá pasar aún más tiempo antes de ver la luz, afuera. Los pitos la aturden. No hay tragos ni torta. Está cumpliendo años dentro de esa

cripta llena de rayos y ronquidos inhumanos que le harían perder el oído y la razón si no fuera porque, ahí dentro, amarrada de pies a cabeza como está, quieta como debe, con una aguja incrustada en el brazo, nota que su cabeza empieza a vaciarse.

* * *

Una observación: Ella lo acompaña a Él a recoger unos exámenes. Su Gastroenterólogo chino les muestra, complacido, las cavidades internas de Él en sucesivas fotocopias a color. Él es rosado por dentro, rosado, piensa Ella, pero lleno de oscuros recovecos donde los ojos se pierden. Ella ha creído conocerlo mejor que nadie hasta que se asoma a ese órgano secreto.

Otra observación: lo que arroja la segunda resonancia sobre su médula. Lo que se ve en la pantalla: una inflamación viva de dos centímetros de largo. Lo que no se ve es la causa.

Podría ser un virus. A alguno le atrae el sistema nervioso.

¿Podría ser un mal hereditario, una predisposición genética? A los 35 años a la Madre se le durmió una pierna en el mismo país donde ahora vive su Hija. En este país le decretaron una enfermedad letal de la que iba a morir en pocos meses. Nunca se lo comunicaron y la Madre, sin saber que se moría, decidió no tomar los remedios que le habían recetado. Sin saber que se moría se quedó embarazada. Empezó a recuperarse sin comprender que su muerte era inminente. Tu hermano me salvó la vida, dice su Madre.

Podría tratarse de un ataque suicida: uno en que el cuerpo intenta destruirse como si fuera su propio enemigo. Ella ya tiene uno de esos males. Pero uno no es ninguno, dice el Neurólogo sin sonreír mientras desliza los ojos por un detallado informe de laboratorio. Va descartando una serie de virus innumrables e infinitas enfermedades autoinmunes. Pero no la esclerosis múltiple, que no puede diagnosticarse en la sangre.

Su cerebro muestra dos lesiones, pero hacen falta tres para asegurar una esclerosis. Tres manchas, una sola esclerosis que a la vez es múltiple.

La asaltó entonces el recuerdo de esa palabra. En otro verano, de vuelta de otras vacaciones, notó que le faltaba un pedazo de pantorrilla. Por ese pedazo ausente había llegado al Neurólogo de sonrisa plástica que le diagnosticó otro nervio pinchado. Mejor eso que una esclerosis múltiple, había dicho.

En una pausa del teatro al que Ella y Él asisten esa tarde, su Padre intenta calmarla asegurándole que una esclerosis múltiple sería un muy buen diagnóstico. Muy bueno, repite Ella asombrada y sombría. Comparado, hija, con un cáncer.

Podría ser un cáncer de médula. No se le había pasado por la cabeza, piensa al cortar la línea. Pero sí, se le había pasado por la mente y por los ojos. Una de las palabras del informe radiológico era neoplasia. Una palabra en la que se resume crecimiento asociado al cáncer.

Podría ser cáncer, ¿sería terminal?, se pregunta ya sin prestar atención a la segunda parte de la obra que debía distraerla.

Podría ser cáncer pero podría no ser nada. Idiopática es la palabra que indica esa nada, ese nunca saber: ser una de los muchos pacientes que se queda sin diagnóstico.

Nadie quiere tener una enfermedad anónima, había escrito Anatole Broyard sobre el cáncer que lo mató. Ella piensa que quizás sea mejor no saber, no identificar. Lo que no tiene nombre pronto se olvida. Lo que no tiene diagnóstico está destinado a desaparecer, o eso quiere creer.

Con su Madre nunca se supo. Un día su pierna despertó y ella siguió adelante. No fue ése el caso de su abuela: se le dormía un dedo del pie izquierdo por sobrecarga de trabajo. La abuela regresaba de su despacho quejándose de un dedo idiota o idiopático del que su Hija, la pediatra, se burlaba. Una mañana ya no fue el dedo sino un pie, la pierna, el brazo, el habla; horas después había perdido el conocimiento.

* * *

Corticoides intravenosos en tres dosis sucesivas seguidos de un lento descenso por la montaña rusa de las pastillas: esa es la indicación. Corticoides para su cortocircuito.

La Madre aterriza la misma mañana en que se inicia su tratamiento atómico. Se duerme mal acomodada en la sala de espera mientras a Ella la despierta esa droga administrada directo a la vena. Todo sube. Su ánimo. Su angustia. Su presión. Sus niveles de azúcar.

La Madre despierta despeinada, sin saber dónde. Se asoma al pabellón donde su Hija masca un chicle insípido a la espera de que termine de pasar el suero. Vas a engordar, dice su Madre chorreando vitalidad tras el descanso. La Hija junta las cejas en una interrogación. No te preocupes, pero vas a engordar. La Hija no sabe si le está echando una maldición o si se trata de un comentario informativo de su Madre que ha vivido obsesionada con la gordura. Engordar, piensa Ella, viendo caer la indecisa gota del suero. Lo que Ella quiere es no morir.

* * *

Alguien escribió –debió ser Virginia Woolf– que en la enfermedad uno se atrevía a expresar los afectos. O quizás no dijera eso sino, la enfermedad suele disfrazarse de amor. La Madre ha regresado a la sala de espera.

* * *

A la tercera descarga atómica, su cuerpo empieza a arder. I´m on fire, dice Ella, la enfermera responde ajá y se aleja sonriendo. Levita camino a su casa, junto a su pequeña madre, que apura unos pasos cortos. En cualquier momento se le abrirá la tapa de los sesos y su interior saldrá propulsado, dejando su envoltorio de piel y la carcasa de huesos tirados sobre el pavimento.

* * *

La Madre ya se ha marchado. La Hija vuelve a espiar las páginas prohibidas y comprende que otro ataque de médula podría cortarle para siempre la luz. Dejarla ciega, otra vez. Otra vez, pero una vez definitiva. La prueba contundente la proporciona el rojo, le dice su Oculista en la consulta. Que cierre alternadamente los ojos y le diga si nota alguna diferencia. Pregunta nada sencilla para alguien que perdió hace años la discriminación del color.

No vez bien porque no limpias tus anteojos, le dice Él, que los pule cuidadosamente al despertar. Los cristales de Ella opacos de mugre.

* * *

Pregunta. ¿Quién será su médico tratante si no se sabe qué tiene? Respuesta. Su médico el intratable, el que anuncia que la esclerosis no es cosa suya y sin certeza todavía de su diagnóstico la deriva a una Neuróloga más joven, más rubia, más flaca, menos fugaz y mucho menos idiota.

* * *

¿Quién era ahora su médico tratante? Y quién sería la mujer que se paseaba por las calles de tierra de su infancia, con la cabeza envuelta en un turbante. La que se acercaba a la casa de la playa, la que tocaba la puerta como un augurio, frágil, pálida, ojerosa, la tela cosida a su cuero cabelludo. Y la Madre en un gesto de manos haciendo desaparecer a su Hija mientras le dibujaba, con los labios, el cáncer que esa mujer llevaba de corona.

Hubo otra mujer. El Padre se había detenido en el hospital para recoger unos documentos y se llevó a la Hija por escaleras y salas de espera y consultas de puertas abiertas y cerradas. Habían acortado el camino de salida desviándose por el pasillo que atravesaba el departamento de rayos. Ahí se detuvieron un momento, o se detuvo él, absorto en una pantalla donde ambos vieron deslizarse sucesivas rodajas de un cerebro partido en dos. Un cerebro como un libro, abierto. La expuesta materia de los pensamientos. Encorvado sobre la pantalla, el largo dedo del Padre fue trazando el perímetro del cráneo y las curvas del rugoso cerebro, y se detuvo sobre una mancha. Mira, le dijo, ¿ves esto? La masa cerebral se iba achicando en cada corte a la vez que la mancha aumentaba incrustada en el hueso. Una esfera blanca. Una bola compacta. Debe doler, murmuró Ella sin comprender lo que estaba viendo.

Para qué servía un cerebro en rodajas. Esas líneas precisas y contrastadas, esas, sus dos lesiones, auspiciando la confusión.

* * *

Lo que decía Adrienne Rich: el cuerpo no miente. Pero eso no es cierto. Lo que no miente es la imagen del cuerpo. Pero eso tampoco es cierto: la quimioterapia se irradia porque no puede verse

cada célula maligna. Ella había tomado esa nota de una cancerosa recuperada, esa idea y ésta: que la opacidad del cuerpo era una trinchera para el cáncer. “Si esto es una guerra, estoy peleando a ciegas”.



EL TERROR DE LA INMUNIDAD:

BRASIL, AÑOS 60

Immunity terror: Brazil in the sixties

RAÚL ANTELO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – BRASIL antelo@floripa.com.br

Raúl Antelo es catedrático en la Universidade Federal de Santa Catarina, investigador y asesor del CNPq, en Brasil. Ha sido profesor visitante en las Universidades de Yale, Duke, Texas at Austin, Maryland, Simón Bolívar, Autónoma de Barcelona y Leiden, donde ocupó la cátedra de estudios brasileños, en dos oportunidades. Presidió la Associação Brasileira de Literatura Comparada (ABRALIC) y fue distinguido con la Beca Guggenheim y el doctorado *honoris causa* por la Universidad de Cuyo. Es autor, entre otros, *Maria con Marcel. Duchamp en los trópicos; Alfred Métraux: Antropofagia y cultura; Imágenes de América y Archifilologías latinoamericanas: lecturas tras el agotamiento.*

RECIBIDO: 5 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ACEPTADO: 13 DE NOVIEMBRE DE 2017

RESUMEN: El ensayo busca comprender la relación entre política y cuerpo humano, la así llamada *biopolítica*, en textos de Lucio Cardoso, Clarice Lispector y otros escritores contemporáneos brasileños, en que se verifica la convergencia de biología y política en un sistema unificado que somete el cuerpo a la violencia directa del orden político. Cuanto más amenazada de ser infectada por elementos extraños se sintió la sociedad brasileña, tanto más los individuos y la sociedad se recluyeron en fronteras protectivas, forzando la elección entre una respuesta auto-destructiva y una alternativa radical basada en un nuevo concepto de comunidad.

PALABRAS CLAVE: Biopolítica, comunidad, Brasil.

ABSTRACT: The essay aims to understand the relationship between politics and the human body, the so-called *biopolitics*, in texts by Lucio Cardoso, Clarice Lispector and other contemporary Brazilian writers, in which there is a merging of biology and politics into a unified system that subjects the body to the direct violence of a political order. The more Brazilian society felt at risk of becoming infected by foreign elements, the more the life of the individual and society itself closes off within its protective boundaries, forcing us to choose between a self-destructive outcome and a radical alternative based on a new conception of community.

KEYWORDS: Biopolitics, community, Brazil.

Antelo, Raúl.

“El terror de la inmunidad: Brasil, años 60”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 227-240.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10635 ISSN: 2340-1869

La extremadamente compleja escena latinoamericana, tras el fin de la guerra, está atravesada por vectores nunca confluyentes de capitalismo, democracia y secularización, tensionados por dos focos divergentes, responsables, en última instancia, por las relaciones entre soberanía y servidumbre. Al explicitar la racionalización económica y política de lo social, las lecturas dialécticas trataron no sólo de superar las fronteras económicas, a través de la abolición de la propiedad privada de los medios de producción, sino también de ir más allá de las fronteras políticas, por medio del internacionalismo. Pero la renovada difusión de las ideas de Nietzsche, al iluminar la servidumbre del trabajo, acabaron por exhibir el último eslabón de un ser cautivo por atávico temor a la muerte, que confirma la vida como juego y la define como voluntad de chance, la chance de acceder a una soberanía que, aún no siendo universal, permita al menos distribuir afectos y consolidar vínculos comunitarios electivos. No es raro, en consecuencia, que la contingencia de las combinaciones entre vida y muerte suelen surgir en primer plano. Aunque no siempre se las piense así. “Se eu adocesse pensaria nisso”, decía Pessoa, a través de Caeiro. Baudelaire, en *Anywehre out of the world*, concibió la vida como un hospital donde cada enfermo está poseído por el deseo de cambiar de cama. A uno le gustaría sufrir delante de la estufa, otro cree que se curaría al lado de la ventana. En 1938, poco antes de la guerra, Morley Roberts publica *Biopolíticas*. Un ensayo sobre fisiología, patología y política de los organismos sociales y somáticos. Una década más tarde, en noviembre de 1949, antes de la victoria electoral de Getúlio Vargas y en plena proscripción comunista, el escritor brasileño Lúcio Cardoso anota en su *Diário*:

Não sei que caos é este que se referem nossos articulistas políticos, e que segundo eles, já se aproxima. Engano: há muito estamos nele. O Brasil é um prodigioso produto do caos, uma rosa parda de insolvência e de confusão. A verdade é que já nos acostumamos com isto, não dói mais, como certas doenças malignas (Cardoso, 1970: 44).¹

A la sazón, Cardoso escribía un gran clásico de la literatura brasileña, *Crónica da casa assassinada* (1959), un ambicioso folletín filosófico faulkneriano, en que la enfermedad de Nina sirve de alegoría a la decadencia de las clases acomodadas del Imperio.

De há muito eu pressentia um mal qualquer devorando os alicerces da chácara. Aquele reduto, que desde a minha infância [...] eu aprendera a respeitar como um monumento de tenacidade, agora surgia vulnerável aos meus olhos, frágil ante a destruição próxima, como um corpo gangrenado que se abre ao fluxo dos próprios venenos que traz o sangue (Cardoso, 1970: 178).

Pero en la secuencia, en una observación marginal, el personaje del médico anota algo relevante y en clara sintonía con el diagnóstico social del escritor. La sociedad disciplinaria es centrípeta: confina, recluye, segrega.

¹ La nota sigue a una observación sobre el cineasta Alberto Cavalcanti, pionero del cine político sobre la ciudad, con *Rien que les heures* (1926). Ver Brenez (2016: 87). A su regreso a Brasil, Cavalcanti proyectaba filmar, en 1951, *Los sertones* de Euclides da Cunha, lo cual le revela al amigo Cardoso la recurrencia de “os grandes sonhos nos momentos de maior depressão” (Cardoso, 1970: 146). No encarando el texto de Euclides, algo que, indirectamente quedará disponible para Glauber Rocha, Cavalcanti hace un cortometraje sobre Portinari, filmará *O canto do mar* (1953-4) sobre migrantes del Nordeste y en 1955, *Herr Puntilla und sein Knecht Matti*, donde el mundo de amos y sirvientes surge arrevesado.

(Ah, esta imagem de gangrena, quantas vezes teria de voltar a ela – não agora, mais tarde – a fim de explicar o que eu sentia, e o drama que se desenrolava em torno de mim. Gangrena, carne desfeita, arroxeadas e sem serventia, por onde o sangue já não circula, e a força se esvai, delatando a pobreza do tecido e essa eloquente miséria da carne humana. Veias em fúria, escravizadas à alucinação de um outro ser oculto e monstruoso que habita a composição final de nossa trama, famélico, desregrado, erguendo ao longo do terreno vencido esteios escarlates de sua vitória mortal e purulenta) (Cardoso, 1970: 178).²

Gangrena en la ficción, caos en el diario, Lúcio Cardoso estaba elaborando lo que podríamos llamar una *teoría del terror*. Se alimentaba de lo que él mismo llamaba el *hombre subterráneo*, descubierto por Dostoievsky y conceptualizado por la filosofía existencial³. La idea del *caos* circula por tanto frecuentemente en sus anotaciones, en substitución a los dilemas modernizadores, como instauración del trilema contemporáneo.

(Uma teoria do *caos* – que está longe de ser a *catástrofe*, como o julgam tantos. Caos quer apenas dizer desagregação e falta momentânea de qualquer padrão estabilizador de civilização. Por exemplo, se fomos durante algum tempo um povo “essencialmente agrícola”, se conseguirmos ser uma nação industrializada, somos uma decorrência de vários fatores sem preponderância certa. Não somos definitivamente isto ou aquilo, mas isto e aquilo ao mesmo tempo, em correntes alternadas. O que positivamente é um mal, pois é o estado de caos permanente – quer como povo, quer como espírito – que gera o desastre definitivo) (Cardoso, 1970: 69).

En función de ese caos, Cardoso, lector de Jünger, imagina la sociedad pudriéndose de a poco, pero lo sorprendente de la idea es que ocurra en el mismo escenario que Antonio Candido señalaría como el de superación de la dependencia, la suprarregión que Guimarães Rosa eligió para su novela *Gran sertón: veredas*. Es allí, venido de lo profundo del “sertão mineiro”, que el escritor contempla

Um daqueles sinistros vagões de vidraças descidas, com um rebanho pálido, amontoados uns sobre os outros, e protegidos por um cartaz exterior que diz “Moléstias contagiosas”. Se me perguntarem agora se é um estado fascista, um ditador comunista o que eu reclamo, responderei simplesmente que não sei – apenas sinto que precisamos ser sacudidos, atirados

² Al comienzo del relato, cuando André sostiene el cuerpo de Nina, la respiración, los tiempos se hacen entrecortados. “Ofegava. O silêncio tombou sobre nós e, através desse silêncio, como se dilacerassem uma bruma até aquela hora onipotente, os objetos usuais da doença – frascos de remédio, rolos de algodão, ampolas, tudo o que se acumulava em torno e que, por um momento eu havia conseguido subtrair do pensamento – repontaram cheios de força. De pé, eu a examinava: uma máquina desconhecida, trabalhando não sei que tecelagem escura e mortal, recomeçou a funcionar no seu íntimo. (...) É o fim que está chegando.” (Cardoso, 1970: 21-22).

³ “Esse homem subterráneo, esse ser atormentado e de alma nua que tanto nos horripila às vezes, é exatamente o continuador dos romances clássicos que o século passado nos transmitiu: a época nova, inaugurada com os intermináveis monólogos de Dostoiewski [sic], prosseguiu através da voz precursora de alguns filósofos até arrebentar nessa figura de hoje, que tantos escritores de talento procuram observar e conduzir às suas peças de teatro, aos seus romances e novelas. Mário de Andrade não soube perceber o homem que nascia, não estava apto a compreender a mensagem que nascia desse caos turbilhante e quente dessa áspera figura que nos era legada pelo profeta russo. Ele, Mário de Andrade, que tanto lutou para se imiscuir no seu tempo e dele participar por todos os meios, recuou diante da realidade que se apresentava. Não lhe era possível aceitar essa máscara atroz como a do homem que ia viver a nova época – e agora, quando tantos críticos já levantam a voz para apontar a figura do herói contemporâneo, sentimos que não estávamos vivendo uma louca aventura, mas que em nosso coração se abrigara a imagem real de uma recente e desgraçada humanidade” (Cardoso, 1947a: 3).

ao bojo das mais inomináveis catástrofes. É tempo de nos transformarmos em abismo, antes de temê-lo tanto. À beira estamos, desde que nascemos, e agora é preciso que nos afirmemos, ainda que seja pela morte, pela violência ou pelo sacrifício, que conquistemos a nossa possibilidade de existir. Teremos de produzir a nossa própria forma de govêrno, teremos de encontrar uma solução pessoal através do mais extenso e profundo dos choques. Não há valores a salvar, porque ainda temos de criar os nossos verdadeiros valores. Sim, agora sei o que responder: é por isto que me bato, pelo advento dessa consciência reivindicadora, pelo Brasil realmente na posse de seus males e de seu destino. Sei também que esta tragédia nos erguerá, porque o nada não engendra o nada, mas a proximidade da destruição cria a necessidade da defesa. Sejam os um vasto vagão de moléstias contagiosas, um veículo imenso que exala os vapores mortais da revolta e da violência – mas em movimento (Cardoso, 1970: 69-70).

En este punto semoviente de la sociedad subalterna, Cardoso traza sin embargo una línea muy pertinente, separando soledad de abandono, lo que nos permitiría discriminar la primera, que va de Octavio Paz a García Márquez, incluyéndolo a Silviano Santiago, quien lee a Sérgio Buarque de Holanda, junto a Paz, por el prisma solitario, y aquello que la biopolítica agambeniana reconocería como el ser echado al bando, expulsado fuera de lo comunitario, porque la vida nunca es dicha o representada sino largada.

Solidão e abandono. Numa cidade pequena, conseguimos ser solitários – numa cidade grande, somos abandonados. Podemos ser sòzinhos e haver uma participação em tórno, silenciosa e latente; podemos ser acompanhados, e nada existir em tórno senão um imenso abandono. (Cardoso, 1970: 284)

No habiendo comunidad, sólo podemos contar con la erosión desencadenada y la división de lo homogéneo. Se trata de una división que a la vez une y separa, delimitando, como frontera irrebalsable, a cada ser finito que la transgrede. La estrategia que Lúcio Cardoso se impone para huir de ese ser dividido y abandonado es el *ultrapassamento*, la transformación radical del ser en otredad:

Ah, se as idéias fôssem leis sem vitalidade, sistemas sem energia, seria inútil nos debruçarmos sôbre elas – mas existem, são verdadeiras, é ao seu calor que nos transformamos, que abandonamos o homem antigo, o ser ultrapassado, que nos tornamos o “outro”, o “novo”, a fim de não perecermos. Porque, queiramos ou não, temos de nos ultrapassar um dia. É quando chegamos em casa, depois de perambularmos em vão pelas ruas, ou depois de conversarmos horas com um amigo que não nos entende mais, ou de verificarmos que os objetos que admirávamos já não correspondem em nosso espírito a nenhuma espécie de entusiasmo, é que descobrimos que a mudança se processou. Temos de ser outros, com todo o heroísmo de que formos capazes, pois afinal, essas idéias que nos trabalham tão vivamente, exigem em primeiro lugar que sejamos heróicos ao abandonar na estrada o ser que fomos, e que o amor dos outros se obstina tão desesperadamente em guardar dentro de casa, como um defunto na grande sala de receber visitas. Aliado a tudo isto, um sentimento de angústia inexprimível: a sensação de morte próxima (Cardoso, 1970: 113).

Benjamin observó que los enfermos poseen un conocimiento peculiar del estado social. En ellos la desmesura se transforma en un certero olfato de la cargada atmósfera en la cual viven inmersos sus contemporáneos (Benjamin, 2010: 383). Por eso mismo, la literatura brasileña no es avara en ejemplos de confinamiento y reclusión. No olvidemos que el golpe de 1964 es un capítulo decisivo de

la guerra fría. Carlos Sussekind, en *Armadilha para Lamartine* (1976), firmado Carlos & Carlos Sussekind, compuso un sutilísimo montaje de la salida de un joven del opresivo universo familiar y su internación en un hospicio (Rio de Janeiro, 1954), narrado a través del diario del patriarca-jurista y de los mensajes de Lamartine, oculto por un pseudónimo. Valêncio Xavier (1998) reconstruyó experimentalmente los silencios sociales del Centenario, ante una epidemia social, que en su origen fue médica, aunque también anarquista. Pero un año después del brote efectivo, en 1919, Lima Barreto ya nos dejaba el terrible testimonio de *Cemitério dos vivos*, donde, más allá del tópico decadentista de Rocha Pombo (1905), narraba su internación en el hospital psiquiátrico de Rio de Janeiro y su absoluto sentimiento de despersonalización.

O terrível nessa coisa de hospital é ter-se de receber um médico que nos é imposto e muitas vezes não é da nossa confiança. Além disso, o médico que tem em sua frente um doente, de que a polícia é tutor e a impersonalidade da lei, curador, por melhor que seja, não o tem mais em conta de gente, é um náufrago, um rebotinho da sociedade, a sua infelicidade e desgraça podem ainda ser úteis à salvação dos outros, e a sua teima em não querer prestar esse serviço aparece aos olhos do facultativo como a revolta de um detento, em nome da Constituição, aos olhos de um delegado de polícia. A Constituição é lá pra você? (Barreto, 1993: 174).

Fabían Ludueña sostiene la hipótesis de que la locura tal vez sea la verdadera *Stimmung* epocal de nuestra civilización y que no hay, por tanto, una autenticidad de la locura sino, al contrario, una locura que habla en primera persona y afirma, en consecuencia, una verdad que aún demanda ser oída, pero que no se declina como verdad de nosotros mismos⁴. Por esa razón, en el cuento “O relógio do hospital” (1945), Graciliano Ramos fija la perturbación de un ser postrado en un lecho de hospital que teme ser cortado al medio. Más allá de la angústia de la escena (que reaparece también en otro cuento, “Paulo”, y en el último capítulo de su novela *Angústia*, 1936), diríamos que el delirio nos muestra que el estado normal del ser humano es la somnolencia, lo que significa que el principio del placer es siempre poder dormir, confirmando la homeostasis social, es decir, permanecer igual a sí mismo el mayor tiempo posible.

La despersonalización, como estructura casi transcendental del viviente, es, para la biodesconstrucción, una forma de abrir esa subjetividad a nuevas experiencias. Jacques-Alain Miller sostiene que una de las grandes lecciones de Lacan es que el principio del placer continua el principio de realidad, o sea, que nos mantenemos en la realidad en un estado de sueño con vigilancia y que el principio de realidad, que Freud presentó como sustituyéndose al principio del placer, funciona en cambio al servicio suyo. Es fácil verlo cuando soñamos y encontramos un punto de real, un punto de verdad, y nos despertamos para continuar durmiendo en la realidad, escapando al despertar que nos ofrecía la pesadilla. Por eso, para Lacan, la práctica analítica es un despertar para la gente que duerme (Miller, 1987: 117-121). Y es por ello, también, en última instancia, que Lacan va hacia el barroco (Miller, 1987: 337). Un ejemplo señero en la literatura brasileña sería *El Ateneo* de Raul Pompeia (2015), cuyo confinamiento escolar, narrado con profusión barroca, corre paralelo a la represión

⁴ “Esa locura sólo se puede decir en primera persona puesto que es sujeto de sí misma y nunca predicado de un enunciado”. (Ludueña Romandini, 2017: 53-54).

milenarista representada, de manera no menos barroca, en *Los Sertones*, con el fin de implantar la república burguesa (Cunha, 2003). Lúcio Cardoso, que madura en Minas, la región barroca de Brasil, practica en su escritura una dimensión especial de esa sensibilidad en pliegue, lo metanarrativo como ilustración de las complejas relaciones entre verdad y teoría. En otro diario híbrido, testimonial-ficcional, que escribe en paralelo con *Crónica da casa assassinada* y divulga en noviembre de 1961 en la revista carioca *Senhor*, Cardoso, trata en efecto de teorizar ese estado de ser-en-bando, aislado inmunitariamente de sus semejantes. El diario sostiene que vivimos en un estado de excepción en que cada cual es, a la manera de Baudelaire, víctima y verdugo. Para vivir como cada uno elige vivir, habría que devenir animal, un yagareté, el tigre de la selva, lo cual no marca una evolución hereditaria de la filiación, sino una alternativa de comunicación o contagio. Esos serían los “seres de emergencia”, para los cuales la creación se sitúa en el torbellino de las catástrofes. El diario comienza pues reivindicando la transgresión:

Toda idéia que nos ultrapassa sem tomar sua medida no homem, nos aniquila. Para nos ultrapassarmos, temos primeiro de atingir o limite-homem. No mais extremo limite, começamos realmente a ser mais do que homens.

Nenhuma proposição para a estabilidade – não há estabilidade. O ser não é uma estrutura fixa num eixo, mas qualquer coisa indeterminada, fluidica que oscila de um pólo para outro, como a noite para o dia.

Tudo é por vir – e esta é a fatalidade.

Num certo sentido, não há *futuro* para mim, porque não o *atual*; sinto-me arder como um facho de exceção, e o que me queima não é o meu possível, mas o meu definitivo, e este é permanente. Sinto-me voluntariamente sem perspectivas, porque as perspectivas de há muito deixaram de existir para mim (no sentido em que uma perspectiva designa concentração, redução do ser a um espaço definido) e um caminho no terreno do dilatado onde sou ao mesmo tempo minha vítima e meu algoz, meu ser reconhecido e meu ser sem fronteiras, portanto meu ser sem tempo. – O futuro não existe porque de há muito eu me constitui o meu definitivo futuro. É o único modo de se inaugurar a época do terror.

Chamo terror à época em que é possível o pleno conhecimento do ser, não de suas condições psicológicas, mas de suas prerrogativas abissais e estranhas. Terror é a época do conúbio com o abismo, não porque conquistemos uma fictícia liberdade, mas porque a liberdade nos conquista, somos ela própria, voltados para o segredo que é o nosso verdadeiro clima.

O terror é uma época de ultrapassamento. É um impulso único e violento de todo o ser para regiões de intempéries e de insegurança; é uma dilatação anormal para zonas inabitadas e desumanas, onde somos o único guia, o único farol, além de fronteiras que não nos sería permitido atravesar em épocas comuns, e onde encontramos finalmente a essência esquiva, ambiciosa e cheia de espanto que nos governa (Cardoso, 1991: 743-744).⁵

El terror no se inscribe en la dialéctica del iluminismo sino que marca un entre-lugar, el ser-con, que responde por todo origen singular-plural de los entes, ya que lo propio del mundo sería la división como separación-proximidad, es decir, en términos de Jean-Luc Nancy, el con-tacto como esencia de lo común y del *nosotros*, que ambiguamente afirman unos y otros.

⁵ Consulté el original en la Fundação Casa de Rui Barbosa, Rio de Janeiro. Es un pequeño cuaderno de 27 folios, casi sin tachaduras.

O terror não é um movimento de abertura e de esclarecimento, mas ao contrário, uma ocasião de fuga, uma possibilidade de segredo e de renúncia à luz do dia.

Chamo a isto uma completa impossibilidade de viver nos termos comuns do cotidiano; é a vida comum que me expulsa, que me faz vagar, que me torna nômade e sem descanso o olhar calado e ausente do campeiro. Porque, ao admitir a extraordinária invasão de elementos subterrâneos e excepcionais que invadem o meu procedimento comum, teria de viver como escolhi viver agora: só, como as onças da floresta, como esses animais que encontro sozinhos e patéticos – como são reais, como são verídicos no silêncio da paisagem! – e que também participam da consciência e do terror.

Porque o terror é sobretudo a mais espantosa solidão (Cardoso, 1991: 745).

El terror es un sentido a distancia que nos abre a la experiencia litoral del límite como tacto. Tocamos lo *insensato* como lo carente de sentido y sensibilidad. Pero, esa insensatez, más allá del saber absoluto (Hegel), más allá de la muerte de Dios (Nietzsche), nos expone a su fin, que es el fin del sí mismo ilimitado, la razón iluminista.

Além do homem, o homem que somos além. Não o super-homem, que é um mito de despojamento, desumanho e feito de cristal, um ser cuja irrealidade nos enlouquece – mas o homem além, que é o homem com o acréscimo de sua conquista, o homem tal, como uma soma, um a mais, um além do que lhe foi dado como homem (Cardoso, 1991: 746).

En el mito racional, la comunidad se quiere unidad, entidad homogénea dirigida desde y hacia un mismo punto. Los románticos (nacionalistas) generan la escena del mito fundador, aunque tiemblen, a la vez, ante la inestabilidad del poder de ese mismo mito, porque saben que toda formación es fundación por la vía de la ficción. “Todas as vezes que o homem pretender se ultrapassar como mito, está errado; como homem mesmo é que ele deve se ultrapassar” (Cardoso, 1991: 748). Por eso mismo, como todo mito carga consigo su propio desencanto y toda comunidad no es sino substracción y sacrificio, “a *solidão absoluta* a que me referi atrás, não se inventa – é um estado a que se chega gradativamente, por um impulso interior, como uma planta que avança através da obscuridade”(Cardoso, 1991: 749).⁶

¿Qué oscuridad es esa a la que nos conduce la transgresión? Roberto Esposito entiende por inmunidad, a partir de la tradición médica, una forma de exención y protección, frente a una enfermedad infecciosa, aunque es consciente, asimismo, de que en el léxico político contemporáneo representa, muy por el contrario, una suerte de salvaguardia, que deja al sujeto en situación de ser un intocable ante la ley común. En ambos casos, no obstante, la inmunización se refiere a una situación que coloca a alguien a salvo de riesgos, a los que está sometida, en cambio, la comunidad restante. Así se esboza pues una distinción de fondo entre *comunidad* e *inmunidad* en que ésta, la *immunitas*, resulta ser el reverso de la *communitas*.

⁶ Ver en ese sentido Coccia (2016).

Ambas palabras, en efecto, derivan de *munus*, que significa don, deber u obligación, pero mientras la *communitas* actúa en sentido afirmativo, la otra, la *immunitas*, opera en sentido negativo. Si la comunidad impone la obligación de donación, en nombre del cuidado frente al otro, la inmunidad supone, en cambio, la exención o derogación de esas condiciones: es inmune aquel completamente a salvo de obligaciones y peligros que afectan al resto. El inmune rompe el sistema de la circulación social, colocándose más allá de la misma. La comunidad descansa así en la *donación*; la inmunidad en la *danacão* (es ese el subtítulo del “Diário de terror”: “esboços para uma teoria da danacão”). Una teoría *dadá* nación, la nación dadá, ensandecida, que es pura expulsión y violencia).

En ese sentido, Esposito sostiene que ese dispositivo inmunitario, en su origen perteneciente al ámbito médico y jurídico, se ha ido extendiendo progresivamente a todos los otros ámbitos, hasta convertirse en un síntoma inequívoco de la experiencia contemporánea. Es sabido que toda sociedad ha exigido siempre autoprotección, pero recién hoy día, sin embargo, semejante exigencia se ha vuelto la bisagra conceptual a partir de la cual se construyen, no sólo la práctica efectiva, sino también el imaginario mismo de nuestra cultura: el mundo del confinamiento, que convive con la fuerza centrífuga de la sociedad securitaria.

Pero, por otro lado, amén de la oposición, *donación / danación*, se impone una paradoja insostenible, la de que la noción de inmunidad, indispensable para proteger nuestra vida, al ser llevada más allá de cierto umbral, acaba por negar esa misma vida. Al aprisionarla, se vuelve una especie de jaula en la que se pierde no sólo nuestra libertad, sino también el sentido de nuestra existencia individual y colectiva, esa circulación de sentido, que a falta de mejor rótulo llamamos *communitas*. Lo que salvaguarda el cuerpo individual y colectivo es también, en resumen, aquello que, justamente, impide su desarrollo. Valga para ilustrarlo una de las *Consideraciones acerca del pecado*, de Kafka, la de número 16: “una jaula fue en busca de un pájaro”.

Varios son los semejantes que, queriendo romper la jaula, se unen a Lúcio Cardoso. Uno de ellos es el poeta Vito Pentagna, gran amigo de Rosa Chacel, en cuyo cadáver Lúcio se proyecta (Cardoso, 1970: 253). Otro es Sade⁷. Otro, Kafka⁸. Otro, Jean Genet, sobre el cual Cardoso anota en su diario de 1953:

Otávio de Faria me envia, a pedido meu, mais um livro de Jean Genet. Curiosa, a idéia de preservação de valores fundamentais do homem através do mal. Com que acentos novos, com que resplandecente inspiração o poeta nos fala do crime e dos criminosos: através dessa aparente decomposição, velhas noções de heroísmo, lealdade e integridade última da natureza humana reerguem seus dilacerados espectros. E Jean Genet, como outros desta época, é um sintoma vivo, um grito de repulsa, de violência e de audácia, contra êsse sistema uniformizador e constante que vem reduzindo, cortando e planificando os alicerces

⁷ Como “não é da natureza do homem suportar o Nada absoluto, Sade se volta contra a matéria num cego furor, invectivando-a, blasfemando-a, e o que é pior, perdendo o controle e o respeito (...) suja essa imagem, tortura o amor como um sentimento considerado superior, cria finalmente seus numerosos e tortuosos processos de lubricidade, resultantes unicamente de um fator fundamentalmente ontológico: sua falta de amor e de respeito pelo gênero humano”. (Cardoso, 1970: 121-122)

⁸ “Adivinho Kafka: corredores cheirando a hospital”. (Cardoso, 1970: 49)

fundamentales da existência humana, como a fé, a moral, a política, etc. A um homem despedido de objeção e mecanizado no seu mundo de virtudes burguesas e sem viço, opõe com tãda a sua pujança seus sombrios e fascinantes criminosos – Harcamone, Stilitano, Notre-Dame des Fleurs. Num certo sentido, corresponde Jean Genet ao que poderíamos esperar de uma revolta contra todos os que nesta época de nivelamento e de ausência de mistério pretendem nos impor um Cristo limpo e distante, um Cristo adomingado e sem abjeção. Seus heróis no compulsivo caos de seu reduto prenhe de valôres primitivos e especiais, são testemunhas da sombra, da existência do pecado, do mal entranhado na natureza do homem – e compondo-o apesar de tudo (Cardoso, 1970: 195).

Pero de todos los semejantes, quien está más cerca del caos y el terror de la inmunidad analizados por Lúcio Cardoso es Clarice Lispector, con quien Lúcio trabajó a partir de 1941, en el Departamento de Prensa y Propaganda del gobierno Vargas, estrechando así una prolífica relación de amistad. Transcribo la brillante página que le dedica en su *Diario*:

Em toda a obra dessa grande escritora alguma coisa íntima está sempre queimando: suas luzes nos chegam variadas e exatas, mas são luzes de um incêndio que está sendo continuamente elaborado por trás de sua contensão. Êsse fogo é o segrêdo íntimo e derradeiro de Clarice: é o seu segrêdo de mulher e de escritora. Onde nos aproximamos mais de sua vigorosa personalidade, é no livro onde ela fala mais baixo e a luz arde com menos intensidade⁹ – é na *Cidade Sitiada*, talvez a sua única obra onde ela tenta romper a clausura, já não digo da sua impotência, mas da sua inapetência – e procura essa solidão primacial e total que é a do fabricante de romances. Tãda a obra de Clarice Lispector até o momento – digo “até o momento” porque ela própria já sabe disto e sua obra futura ruma por um caminho onde ela se destruirá ou se fará tão precisa quanto a sua extraordinária ambição – tãda a obra, repito, é um longo, exaustivo e minucioso arrolamento de sensações. Seria ocioso discutir aqui o grau de sua sensibilidade: estou falando para alguns que me entendem. Clarice devora-se a si mesma, procurando incorporar ao seu dom de descoberta, essa novidade na sensação. Não situa sêres: arrola máquinas de sentir. Não há personagens: há maneiras de Clarice inventar. Suas sensações, tãdas de alto talento, repousam numa mecânica única – a da surpresa (Cardoso, 1970: 287).

Como involuntario precursor de Deleuze, Cardoso habla, en el caso de los personajes de Clarice, de *máquinas de sentir*, así como, en el caso de Genet, hablaba de espectros soltando un grito de repulsa a la planificación y al mundo mecanizado (Ludueña Romandini, 2010, 2014). Contra ideales endomingados y sin abjección, Cardoso reivindica valores primitivos y, justamente, en *A Cidade sitiada*, al coquetear el personaje de Lucrecia Neves con un teniente, figura del poder en ascensión, el narrador observa: “ella o desejava porque ele era um forasteiro, ella o odiava porque ele era um forasteiro” (Lispector, 1998: 60). La sorpresa reside pues en que toda identidad es trilemática: es, no es, así como es y no es, todo simultáneamente. Comunidad e inmunidad indisociadas. “Não somos definitivamente isto ou aquilo, mas isto e aquilo ao mesmo tempo, em correntes alternadas”, había escrito Cardoso en el *Diário*, porque lo sagrado no es la persona sino lo que la excede y no logra ser capturado por la máquina inmunitaria. Por ello, en el caso de Clarice, su esfuerzo también descansa en sortear la jaula.

⁹ Recordemos que Lúcio Cardoso se reconocía como alguien que arde tal como una antorcha de excepción (“um facho de exceção”).

Ela nos atinge por êsse nôvo, que fâisca à base de seu engenho, Clarice não delata, não conta, não narra e nem desenha – ela esburaca um túnel onde de repente repõe o objeto perseguido em sua essência inesperada “e passaram-se muitos anos”, diz na *A Galinha*, e a história tôda foi escrita para nos envolver nesta sensação de projeção sôbre o infinito, depois de têmos lutado durante o conto inteiro com os mais prosaicos dos animais. O cotidiano de Clarice é cheio de formas assim prosaicas e humanas – mas todas elas, conscientemente ou não, estão envôltas num cetim incandescente. Disse no início que ainda não temos a ciência de admirar – admiramos destruindo logo o que não é limite daquilo que elegemos no momento. Não há uma inovação na linguagem de Clarice, e assim no seu modo de sentir Clarice sente Clarice Lispector – e é muito. Não há, nunca houve Joyce em Clarice, há Virgínia Woolf. O espectro do sentimento humano é dissociado nela não em função de sua permanente mutabilidade – o que faz o dia único de Ulisses – mas em relação ao tempo, tema preponderante de *Mrs. Dalloway* e de *As Vagas*. Ao descobrir a mecânica dissociada do tempo, ela não atingiu o dissociamento da mecânica de comunicação humana, que é a língua, como Joyce. Ela não se desespera, do modo terrível como se desespera êsse místico do nosso tempo que foi o autor de Dedalus. Ela situa apenas a sua emoção. Não cria nem define: anota. Um Guimarães Rosa, que tão erradamente admiramos, dissocia a língua, mas não inventa a sua emoção – em sua essência ela é clássica. Sob a sua roupagem inédita e barrôca, *Grande Sertão: Veredas* é um romance válido porque levanta apenas os velhos problemas do homem. Ora, não há o homem em Clarice Lispector. Por isto é que ela arde. Suas fábulas, e mesmo as mais extensas, delatam a presença única dêsse problema – a mulher sitiada. Depois de ter dedilhado a mecânica de tôdas as sensações, e de elas talentosamente ter extraído o seu sumo de novidade, descobriu, por meio de inteligência, que a catalogação de sentimentos, mesmo as mais inesperadas [sic], são atributos femininos. O que nela queima é nostalgia do que não é – o homem. Seus livros são muros que circundam perpétuamente uma cidade indefesa – de fora, assistimos ao resplendora sua cólera. Mas nesse mundo, o romancista não penetra: a cidade de Clarice, como essa maçã que brilha melhor se fôr no escuro, arde sòzinha: dentro dela não há ninguém (Cardoso, 1970: 287-288).

La crítica ha leído tanto la ficción de Lúcio Cardoso como la de Clarice Lispector como introspección subjetiva, es decir, dominio infinito de sí sobre sí mismo, cuando deberíamos rectificar y reconocer que, al interiorizar la fuerza, el *nomos* (el derecho, la literatura) inmuniza a la vida de su propio impulso por expandirse y excederse. Se desdobra así la aporía inmunitaria: ese dispositivo deja de ser un mecanismo literario (un tema, un género) compartido por la comunidad de lectores y, al contrario, la literatura misma se vuelve una función del dispositivo de inmunización.

Grande Sertão: Veredas de Guimarães Rosa (que “tão erradamente admiramos”, posición que afianza la *ferocidad* (Santiago, 2017) social con que se mueven esos personajes) trabaja con los problemas metafísicos del hombre: ser, no-ser. Pero Clarice es otra cosa (“Ora, não há o homem em Clarice Lispector”) y lo que en ella arde es la nostalgia de aquello que no es, el hombre. Pero en ese movimiento, Clarice Lispector se choca con la *polis* y descubre que la ciudad está sitiada, porque, para poder salvar la vida de su tendencia autodestructiva, la política acaba refiriéndola al cuerpo, que deja de ser una metáfora jurídico-política, para convertirse en una entidad biológica y, principalmente, un campo de intervención.

Curiosamente, los biógrafos y críticos de Clarice prefieren esquivar el tema de su padecimiento psíquico, esa su racionalidad no-razonable, quizás porque en la clausura del enfermo en su propio mundo se vea también su abandono a los meros acontecimientos y se adivine en última instancia un síntoma de la misma modernidad. Y a eso se le teme. Pero no se la ve ya a Clarice como poseída, sino como desposeída, a quien se le aplica la figura patológica de la desviada, considerada simultáneamente, una extraña y una extranjera. No en balde, en una carta a Lúcio Cardoso, ella confiesa, justamente, al amigo:

É ruim estar fora da terra onde a gente se criou, é horrível ouvir ao redor da gente línguas estrangeiras, tudo parece sem raiz; o motivo maior das coisas nunca se mostra a um estrangeiro, e os moradores de um lugar também nos encaram como pessoas gratuitas. Para mim, se foi bom, como um remédio é bom pra saúde, ver outros lugares e outras pessoas, já há muito está passando do bom, está no ruim nunca pensei ser tão inadatável (sic), nunca pensei que precisava tanto das coisas que possuo (Lispector, 2002).

A falta de la inaccesible pureza primitiva, que se podría aún doblegar, esos estudios que omiten el sufrimiento psíquico, dudan ante la decisión que, a la vez, liga y separa razón y desatino. Declinan de descubrir la oscura raíz común entre ambos polos y la lucha originaria que sostiene tanto la unidad como la oposición del sentido al sinsentido y no alcanzan tampoco a medir el lenguaje de las obras de Clarice con el lenguaje de la razón crítica. Pero no idealicemos. La misma Clarice operaba una escisión instrumental semejante, muy a favor de su propia racionalización:

A obra de arte é um ato de loucura do criador. Só que germina como não-loucura e abre caminho. É, no entanto, inútil planejar essa *loucura* para chegar à visão do mundo. A pré-visão desperta do sono lento da maioria dos que dormem ou da confusão dos que adivinham que alguma coisa está acontecendo ou vai acontecer. A loucura dos criadores é diferente da loucura dos que estão mentalmente doentes. Estes, entre outros motivos que desconheço, erraram no caminho da busca. São casos para médicos, enquanto os criadores se realizam com o próprio ato de loucura¹⁰. (Lispector, 1984: 473)

Se avanzó, sin duda, desde los tiempos de la *stultifera navis*, pero Clarice, puesta en el interior del exterior, e inversamente, continúa obcecada por un aspecto de lo inmunitario, lo impersonal, el *iz*. En ese umbral sería posible quizás situar una ciencia neutra, la *stultifera sapientia*. Es por eso que la escritora “arde sòzinha: dentro dela não há ninguém”. Es una postura ateológica. Pero, asimismo, Lispector se abisma ante la placenta o frente al *agua* que, en su caso, está *viva*, lo cual revela que es en

¹⁰ Incluyó ese fragmento, en que se intuye una toma de posición ante la esquizofrenia de su hijo, en una segunda versión (1971) de *Objeto gritante*. Ver Antelo (2014: 255-279). Roberto Esposito enlaza la condición de despersonalización, a la que Clarice alude en *A paixão segundo CH*, y la cuestión del objeto, argumentando que “le cose, diventate oggetti, sono a disposizione di un soggetto che può farne l’uso che crede, svuotandole del loro significato intrinseco. È allora che la cosa è pronta a diventare pura merce di scambio. Quando, del resto, si parla del ‘valore’ di una cosa, ci si riferisce sempre al suo prezzo di mercato. La cosa diventata oggetto, diviene semplice merce, per essere scambiata, venduta, consumata. Se, riferite al loro valore d’uso, le cose conservano ancora una qualche qualità peculiare, sono destinate a perderla una volta ricondotte a valore di scambio. Da questo punto di vista le cose, valutate in base al tempo necessario a produrle e al denaro che serve ad acquistarle, risultano tra loro equivalenti. Esse non servono, in ultima analisi, che a essere scambiate con altre cose che seguiranno la stessa sorte. È a questo punto che il processo di derealizzazione delle cose incrocia quello di depersonalizzazione delle persone”. (Esposito, 2016: 16)

esa misma água que navega la escritora, y ello supone, además, separación y pasaje a lo absoluto. Clarice lo encuentra en los cigarrillos Hollywood y los somníferos Bellergal, mezcla explosiva cuya exponencial ingestión produjo el incendio que quemó su cuerpo. Su toxicomanía llenaba de estupor incrédulo a sus propios analistas, Inês Besouchet y Jacob David Azulay, ambos de origen judío y con vínculos literarios. Pero es innegable que los comprimidos en demasía la conducían a Clarice a un goce fuera del propio cuerpo, un goce que ignora y no quiere saber qué pasa con su cuerpo. Es entonces cuando la artista escribe su vía crucis. No es en realidad un síntoma, sino una producción inconsciente, cuyo significado puede ser interpretado. Pero Azulay, sin embargo, a pesar de las sesiones diarias, no consiguió que se volviera un síntoma analítico y, cansado de Clarice, le propone que lo siga visitando y, como amiga, le lea sus textos. Clarice se cansa también de Azulay, pero no de su goce fuera de la fantasía, un goce-uno y, por eso mismo, goce no sexual, algo que Azulay reconocía pero que, cuando le era exigido a Clarice, generaba en ella alta violencia verbal. Para ilustrar esa aporía, su amigo Lúcio Cardoso hace suyo uno de los aforismos de Paul Valéry: “toda a inteligência do mundo é incapaz de remover um corpo. Mas toda a força do mundo é incapaz de remover TAL corpo”¹¹ (Cardoso, 1947b: 13).

El cuerpo en Clarice es un Real sin ley en el que vidas anónimas ensayan lo que nadie ha aún vivido, la disociación de la maquina comunicacional, como en Joyce. Pero “ela não se desespera, do modo terrível como se desespera esse místico do nosso tempo”. Definiendo la vida más allá de lo común, como forma-de-vida, ella busca escapar a las determinaciones del derecho (Agamben, 2011: 137), es decir, pasa del lenguaje al cuerpo, en pos de una potencia de la vida contra el poder sobre la vida.

En todo ese largo y doloroso proceso, en que Clarice Lispector, intuyendo una crisis depresiva, preparaba ella misma su valija para la internación inexorable, queda claro que lo seguro para su círculo era vivir sin mayores cuidados, aunque ello significase también para ella el miedo y el terror de una internación recurrente. No leo en esa inmunización el desvío de un caso individual, pero creo en cambio que nos enfrentamos a una metáfora del Estado de seguridad, que se vivía ominosamente en el Brasil de los años 60-70, y que no era sino un auténtico Estado policialesco, donde el eclipse del poder judicial estimulaba el creciente margen discrecional de la propia policía (su cuento “Mineirinho” es buen ejemplo de ello), de tal suerte que el estado de emergencia, antes excepcional, pasa a ser aceptado como normal y es considerado palabra santa de soberanía. La consecuencia de todo ello es la actual sociedad de control, en que la desdeñada política se vuelve laboratorio experimental de nuevas intrusiones y, a través de la creciente despolitización de los ciudadanos, vistos siempre como terroristas al acecho, el Estado de seguridad abandona el terreno de la política, e incluso el de la diplomacia, en que Clarice circulaba, para orientarse a un entre-lugar en que lo público y lo privado no cesan de confundirse. Algo, sin embargo, es certero: la locura, como la peste, condena a la exclusión a aquéllos que en vida testimonian la presencia de la muerte.

¹¹ Lúcio juega con la equívocidad del significante *valeriana*, que designa una planta secularmente usada como ansiolítico para tratar neurastenias y crisis nerviosas, así como como anticonvulsivo en la epilepsia y en el insomnio.

BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN, Giorgio (2011). *Altíssima povertà. Regole monastiche e forma di vita*. Milano: Neri Pozza.
- ANTELO, Raul. “O objecto textual de Clarice”. *Revista Iberoamericana* 246 (2014): 255-279.
- BARRETO, Afonso Henrique de Lima (1993). *Diário do Hospício. O cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural.
- BENJAMIN, Walter (2010). “Imágenes que piensan”. BENJAMIN, Walter. *Obras*. Trad. Jorge Navarro Pérez. Madrid: Abada, Libro IV, Vol. I: 249-390.
- BRENEZ, Nicole (2016), “Contre-Attaques: Sobresauts d’images dans l’histoire de la lutte des classes”. Didi-Huberman, Georges (ed.). *Soulèvements. Catalogue de l'exposition (2016-2017) au Jeu de Paume*. Paris : Jeu de Paume / Gallimard : 71-89.
- CARDOSO, Lúcio (1947a). “Quase um manifesto”. *Letras e Artes*. Suplemento literário de *A Manhã* (01/01/1947): 3.
- CARDOSO, Lúcio (1947b). “Valeryana”. *Letras e Artes*. Suplemento literário de *A Manhã* (27/04/1947): 13.
- CARDOSO, Lúcio (1970). *Diário Completo*. Rio de Janeiro: José Olympio / INL, 1970.
- CARDOSO, Lúcio (1991). *Crónica da casa assassinada*. Edição crítica de Mário Carelli. Madrid; Brasília: Archivos/CSIC.
- COCCIA, Emanuele (2016). *La vie des plantes. Une métaphysique du mélange*. Paris: Payot & Rivages.
- CUNHA, Euclides da (2003). *Los sertones*. Introducción, notas y cronología Florencia Garramuño. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ESPOSITO, Roberto. “L’Impersonale tra persone e cose”. *Philosophy Kitchen. Rivista di filosofia contemporanea*, 5 (2016).
- LISPECTOR, Clarice (1984). “Loucura diferente” (15.8.1970). LISPECTOR, Clarice. *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 473.
- LISPECTOR, Clarice (1998). *A cidade sitiada*. Rio de Janeiro: Rocco.
- LISPECTOR, Clarice (2002). “Carta a Lúcio Cardoso, datada de Berna, 13 de agosto de 1947”. LISPECTOR, Clarice. *Correspondências*. Ed. Teresa Monteiro. Rio de Janeiro: Rocco.
- LUDUEÑA ROMANDINI, Fabián (2010). *La comunidad de los espectros I. Antropotecnia*. Madrid: Miño y Dávila.

- LUDUEÑA ROMANDINI, Fabián (2014). *La comunidad de los espectros II*. Ontosophia. Madrid; Buenos Aires: Miño y Dávila.
- LUDUEÑA ROMANDINI, Fabián (2017). *La ascensión de Atlas*. Glosas sobre Aby Warburg. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- MILLER, Jacques-Alain (1987). “Despertar”. MILLER, Jacques-Alain. *Matemas*. Buenos Aires: Manantial: 117-121.
- MILLER, Jacques-Alain (2006). “Cosas de familia en el inconsciente”. Miller, Jacques-Alain. *Introducción a la Clínica Lacaniana. Conferencias en España*. Barcelona: RBA libros: 332-342.
- POMBO, Rocha (1905). *No hospício*. Paris: Garnier.
- POMPEIA, Raul (2015). *El Ateneo. Crónicas de nostalgias*. Introducción y notas Raúl Antelo. Trad. Juan Manuel Fernández. Buenos Aires: Colihue.
- SANTIAGO, Silvano (2017). *Genealogia da ferocidade*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- XAVIER, Valêncio (1998). *O mez da gripe e outros livros*. São Paulo: Companhia das Letras.



¿ELEGIRÍAS CURARTE SI PUDIERAS HACERLO?

Would you choose to heal if you could?

BONUS TRACK DE *GAMES OF CROHN. DIARIO UNA INTERNACIÓN*
2º ed. Queen Ludd Editora 2017 (edición corregida y ampliada)

LEONOR SILVESTRI

Cinturón negro de kick boxing Wako, escritora y traductora especializada en poesía clásica, profesora autodidacta de filosofía, practicante de Muay Thai y Bjj, discapacitada legal, sobreviviente a la censura del feminismo de la corrección política y a la judicialización LGTBQI asimilacionista, al capacitismo, a la invisibilización y la desaparición en vida, profesora de autodefensa para mujeres cis y trans. Mala víctima. Su recorrido vital y político puede leerse como una búsqueda de la consistencia consigo misma. En este trayecto ha construido una obra que incluye performances, manifiestos, fanzines, ensayos filosóficos, activismo, hondos desencuentros, programas de radio y videos, bandas de punk-rock, prácticas BDSM, exhibicionismo y rumores: una obra en la que ella misma, como cuerpo, es la materia prima y el producto siempre *in progress*. Algunos de sus libros son el ensayo filosófico autobiográfico *Games of Crohn: diario de una internación* (2ºed. Queen ludd editora 2017); el libro de entrevistas *Enemiga Pública: disparos e interrogatorios* (del signo ediciones 2017); la tetralogía *La guerra en curso* (Nos es nada, Paris, 2016); *Un país extranjero* (Ludwig editora, 2016); *Guerra Fría* (Germinal Costa Rica 2014); *Acerca de las costumbres de los animales* (Ed. Infamia Trascendental. Puerto Madryn. 2012); *El Don de Creer* (Curcuma. 2010; Germinal, Costa Rica; Santa Muerte Cartonera México, 2009); *El curso. Mitología grecolatina* (libro-objeto CD-rom. Voy a salir y si me hiere un rayo. 2006; 2º ed. Niña Guarra & Queen Ludd); y *Nugae, Teoría de la traducción* (Simurg. 2003); *Irlandesas, 14 poetas contemporáneas* (de Bajo la Luna 2011); y del ensayo *Catulo, Poemas. Una introducción crítica* (Santiago Arcos. 2005). Con Ludditas Sexxxuales publicaron en esta editorial *Ética Amatoria del deseo libertario y las afectaciones libres y alegres* (2012) y con Manada de Lobxs, *Foucault para encapuchadas* (2014). Filmó el documental homónimo, *Games of Crohn*, las series documentales *Mutantes y Orgullosas*, sobre condiciones más o menos discapacitantes e invisibles y *Trabajo Sexual en Primera persona*, serie de videos donde hablan protagonistas del trabajo sexual sindicalizado; también *Nadie sabe lo que el cuerpo puede* y *El pan de cada día, corto* (posporno); *Quiero Flashear ser progre*; y el proyecto audiovisual Cortá Acá: Mala Víctima producciones. Actualmente trabaja en dos libros: *Spinoza trans, clases de feminismos* y la novela *Adios al feminismo*

Para Linda Porn y su hija

Everyone's feeling pretty
It's hotter than July.
Though the world's full of problems
They couldn't touch us even if they tried.
From the park I hear the rhythms
Marley's hot on the box
Tonight there will be a party
On the corner at the end of the block.

Didn't know you would be jammin'
Until the break of dawn.
I bet you nobody ever told you
That you would be jammin' until the
Break of dawn
You would be jammin' an jammin' and
Jammin'
Jam on.

They want us to join their fighting
But our answer today
Is to let all our worries
Like the breeze through our fingers slip away.
Peace has come to Zimbabwe
Third world's right on the one
Now's the time for celebration
'Cause we've only just begun.

Didn't know you would be jammin'
Until the break of dawn.

“Master Blaster”, STEVIE WONDER

Hace poco murió Eleonora Salvatore. Es febrero. El mes del amor. Y yo prometí, me prometí, que escribiría un nuevo capítulo para la nueva edición de este libro aunque muero por dedicarme a otras cosas, o a nada, en realidad. Hace ya largo tiempo que no pienso en internarme. A veces me siento tan bien que me tengo que recordar que no pertenezco al mundo de los sanos, esos a quienes supuestamente ya sea o no les pasa nada ya sea lo que les pasa es reversible. Entonces una señal, imperceptible, me recuerda que sigue ahí, que no somos una sin la otra, que vivimos juntas, o que somos la misma. A Mariana, una mutante orgullosa, no le gusta que le digamos “convivir”. Además la convivencia siempre termina, mal.

Cambié de gastroenterólogo. Por el momento me atiende con un joven crack de esos que quieren hacer carrera, y le vengo como anillo al dedo como caso de estudio. Es mutuo. El también me viene como anillo al dedo, su juventud. Yo le voy a enseñar a ser persona con sus pacientes y él va a ver si puedo vivir (o reducir) lo que me tengo que inyectar así me infecto y enfermo menos. Recordemos que portar un sistema inmunológico levemente modulado o deprimido es como cuando el sistema

judicial en lo penal dice lesiones leves y vos estás viendo una mujer con la cara toda rota por los golpes que le propinó un conocido o desconocido, un hombre. Pero la posibilidad está. Vivir con menos medicación. Aún no descubrí si para abaratar costos o para mejorarme a mí la calidad de vida. Aún no descubrí si mi cuerpo lo aguantará y por cuanto tiempo. Aún no descubrí si el principio de autocobaya incrementará las potencias insondables de mi cuerpo.

Como sea, Bimba Bossé se va de esta fiesta a fines de enero de 2017 con solo un año más que yo. Una de las mujeres más privilegiadas sobre la faz del planeta. La plasticidad andrógina de su material genético solo equiparable a su existencia de ensueño. Lo tuvo todo, podríamos decir, sin temor a equivocarnos: fama, dinero, éxito, picardía, amor, belleza, inteligencia, talento; el mejor cuerpo, una voz de sirena, una actitud ante la vida maravillosa, una familia con la que en apariencia no discutió y que estuvo ahí hasta el final, tuvo quien la quiera, enferma y todo, hasta el final. El cáncer no se llevó su belleza, ni su alegría. Fue DJ, cantó, tocó, modeló, posó, hizo canciones, actuó y disfrutó de sus hijas hasta el último momento. Aun podemos ver un video donde una de sus hijas, la que hereda su voz, canta con ella una versión increíble, llena de saudade, de Master Blaster de Stevie Wonder, el disco que catapultó a la fama a un ciego afrodescendiente como no se veía -cuac!- desde Ray Charles.

Te lo digo ya:

te cagás de miedo, te cagás de susto, te cagás de alegría, te cagás de frío, te cagás de ausencia, ¿por qué no te vas a cagar de risa si total ya te cagás en las patas y encima? Que me vengan a decir las mismas que me preguntan por qué no me entrego a los médicos o por qué me diagnosticaron como discapacitada que no debo reírme de lo que ellas creen es la desgracia ajena y propia.

Bimba y su vida de encanto también un día tuvo cáncer. La gran enfermedad, el gran miedo, solo de ratos destronada por esa quimera llamada HIV. Esta última aún contagia, dicen, y entonces hace temblar. A Crohn no lo conoce nadie. Pero la bolsita de ostomía, algo cagazo (siguen las metáforas).

Bimba, pese a sus lógicos intentos nunca sanó, nunca se curó. Se fue con el cáncer hacia la muerte y aunque bien se sabe se esforzó, ay ese *conatus*, por continuar con vida hasta último momento, cosa que creo de algún modo consiguió. Pero, la enfermedad la mata un Febrero, se la lleva como Perséfone al inframundo, la muerte suele tener buen gusto y no demora. La palabra es morir, muerte, matar. Eso nos hacen. Eso hace la vida. No nos vamos, no dormimos. Un día no estamos más. Nos morimos.

Bimba me recuerda eso, hoy. Todas nos vamos a morir, de la Parca y de las guampas no se salva nadie. El tema es cómo. Esencia singular de todo cuerpo: desgastarse, romperse, degradarse, ser vulnerable, corromperse.

Usualmente, no tendría pena de que una modelo de pasarela, de una familia de toreros, ricos y famosos del jet set italo-ibéricos si no fuera porque Bimba, la inclasificablemente exquisita, la culta, la infinita, la que parecía lo podía todo sin dejar de ser un poco underground, preciosa en cualquier sexo, no solo no ocultó su cáncer, al cual siempre se refirió en términos sagazmente poco épicos,

como algo que iba para largo y con lo que tenía que lidiar y con lo que había que transitar mientras continuaba con su vida a la cual sentía de manera espléndida sino también lució, expuso, fotografió, impactó y sacó del ostracismo su calva y sus tajos (sufrió una mastectomía). Usó su lugar, su exposición, su fama, y su cuerpo para dar un lugar mejor al cáncer y por ende también a todas las enfermas. Es lo menos que podía hacer por nosotras. Mostrar los cortes como algo bello y deseable, mostrar la enfermedad vitalmente.

Lo que en mi vida comenzó como un tajo pequeño tipo apendicitis que sería tapado por la tiritita de la bikini (dijo el cirujano) terminó en una cruz deforme desde arriba del ombligo hasta la ingle. Las fotos de cantidad de performances y manifestaciones me recuerdan cada día cómo era mi abdomen esculpido a base de abdominales con peso, toda la banalidad y la superficialidad de mi feminidad hegemónica perdida para siempre antes de lo que yo tenía previsto. Cada vez que una de esas beldades de red social romantiza las cicatrices yo pienso en mi abdomen, y en todas las intervenciones que sé que más adelante me esperan, aunque en este momento Crohn haya remitido, dicen, lo suficiente como para arriesgarme a experimentar una vida no droga-dependiente. Intento no temerle a las cicatrices, pensar en Bimba. Pero las mías no quedan como las de ella.

Pero aún estoy viva, Crohn.

No soy yo quien trata de escapar de mi cuerpo. Es mi cuerpo que trata de escapar de aquí y llevarme consigo. En otra época, en otro tiempo, esto que porto no sería ni una enfermedad ni una condición. Ni siquiera, tal vez, se hubiera manifestado. No pertenecemos acá, me dice cada día. Vámonos. Pero no podemos irnos. No hay adónde.

Un médico me confirma que él prefiere permanecer entre los sanos. Otro me contó que no hay nada poderoso en la enfermedad. Con sus ojos patologizantes, en realidad, no ven que ya están enfermos, de razón, de ignorancia, de medicina y de vida. No importa, ellos también morirán, como yo y como Bimba, morirán varón, la peor enfermedad, el peor diagnóstico. Para colmo de males, carecen de la gran salud, esa que adviene cuando logramos hacer de la enfermedad la potencia de proliferar en todo lo existente. Toda condición, por dura que sea, tiene una potencia a invocar, lo afirmaré incluso frente a quienes creen que no tienen potencias, porque quien conecta con la gran salud puede sentir suavidades o rispideces para las cuales el *sapiens sapiens* promedio está impedido y obturado. Armarnos en la lucha no contra la enfermedad sino por la construcción de esa potencia que la hegemonía del discurso sobre lo que la salud (o la enfermedad) debe ser nos expropia cada día. Esa posibilidad se la debo a Crohn, quien quiera que seamos, y no es poco. Podría continuar creyéndome del otro lado, del lado de las perennes y las eternas, de los protocolos y las causales, del lado de las “sanitas”.

Pienso a diario en todas las cosas que deseo hacer y no puedo; en todos los consejos que me dan y no pedí. Le echan la culpa a Crohn de lo que bien tal vez jamás de todos modos hubiera ocurrido. Cualquiera que haya hecho de su silla de ruedas algo más que su tumba, lo sabe, cualquiera que haya querido algo más para su vida que ser la más linda del cartel de su triste triunfo estará de acuerdo: la anomalía es acontencial y el acontecimiento no puede sino producir fisuras en esta calma chica.

Algunos cuerpos no resistimos a esto que llaman mundo del capital, capitalismo tardío, heterocapitalismo, Imperio, régimen farmacopornográfico, sociedad del espectáculo, como se te ocurra decirle. La única manera de mantenernos con vida, es decir, que no seamos pura y mera pérdida, es a través de la extracción de algo de lo que no logramos producir. Pero somos demasiado onerosas, o demasiado ineptas, demasiado inadecuadas (tan derramadas, tan abiertas, tan perversas decía Perlongher... también murió y luego Fernando Peña). Las políticas de selección genética prenatal en un aborto con causales por grave malformación del feto so pretexto de la autonomía feminista de las mujeres que libremente escogen cual sujetos decimonónicos, permitirán pronto por la senda del bien deshacerse de todas aquellas que no servimos ni para ejército de reserva. Somos ancla, peso muerto, que no deja que el progreso avance, y al mismo tiempo facilita que la ciencia progrese junto a su investigación. Serán nuestras progenitoras las encargadas no solo de reproducir cría para ocupar su puesto en el engranaje del capitalismo, también serán las encargadas de producir cría que pueda tolerar lo que el puesto le tiene aguardado. No todas podemos. Tan dementes, tan charlatanas, tan pizpiretas, tan tira piedras, tan incorregibles.

Dilema.

Ser distinta es un defecto genético para el interés dominante. Es la madre que te parió la responsable de evitarlo mediante el aborto responsable y selectivo por parte de mujeres ya sea cocientes ya sea incapaces de criar un hijo improductivo que elige lo mejor para todo el mundo, lo mejor para este mundo. Sexo responsable y aborto responsable. Madre responsable de la enfermedad pero también de un obrero como el dios de la ciencia del capital y la patria lo demandan.

Este es el mundo donde se beca a quien crea una aplicación para anticipar un brote psicótico en cinco pasos que dependen del análisis de la cohesión y la coherencia de las frases de la persona apriorísticamente detectada como potencial paciente (no, no es broma). No es ocioso pensar la eugenesia como control social y exterminio de los problemas, todos sociales, por cierto, desde el crimen hasta las autoinmunes que pasan a ser de naturaleza biológica y reparable mediante la medicina. Ya no somos siquiera viejas y queridas malas adaptaciones al medio. No somos ni piezas de museo. Ni freaks de circo. Como lo fue la esterilización forzada de poblaciones racializadas para evitar los desperfectos de aquellas fuerzas que no se podían productivamente canalizar. Los métodos genetistas actuales son sutiles, consiguen mediante la propaganda de la autodeterminación de los derechos de mujeres emancipadas y la del impedimento del sufrimiento de personas discapacitadas y sus familias que los úteros gestantes con responsabilidad se sometan de forma voluntaria a los fines demográficos. Que solo se deseen sanos es la muestra de que seguimos siendo enfermos y que las gestantes sean las culpables de cualquier desvío a la norma, cualquier anomalía porque la enfermedad es un problema individual y personal del cual solo vos te tenés que hacer cargo mediante el aborto de lo defectuoso, no así de los conceptos que construyen “lo defectuoso” y desean luego desecharlo. Así, la autodeterminación es la legitimación de procesos individuales de asimilación y no el combate contra la integración-sumisión.

Pero mi vida solo se hace digna de ser vivida desde este ángulo de orgullo mutante. No soy la responsable de mi sanación sino la culpable de mi sufrimiento, sin paz ni sosiego. No soy ni la primera

ni la última ni la única. Simplemente como tantas otras como yo no encajo en el mundo que se me presenta y mi cuerpo, es decir, yo, no se hace la boluda, no finge, se va a la huelga, se niega a participar más que de manera perturbadora e inquietante. Parafraseando a Lopez Petit, si estoy enferma es porque quiero, porque me niego a curarme, porque quiero estar así: anómala, disfuncional, culo para arriba, en contra, problemática, febril, excesiva, intensa, insana, psicótica, vital, con sangre ancestral presapiens neanderthal galopando por mesetas de mega fauna, fugando del imaginario capitalista moderno de la igualdad que aplaca, aunque haya tanta soledad que las palabras se suicidan como células efervescentes de un sistema apoptótico que lo aniquila todo tras de sí en su ansia de vivir. Me niego a ser páncreas e hígados resistentes, experimento genético, mejor obrera, perfecta mamá, que no contagie su deformidad al vástago que jamás pariré, policía que consiga ir por su propio pie con la herida de bala a cuestas y sobreviva para seguir patrullando el bien. Hacer vivir y dejar morir intersecta en función de las posibilidades de acceso a diagnosticar, dar tratamiento e inclusive sostener un cuidado habitable tanto para quien lo da como para quien lo recibe.

No lucho contra Crohn del mismo modo que una pantera negra no lucha contra ser afrodescendiente. ¿Mejoraría la vida de alguien si pudiera ser blanca? Realizar un “tratamiento” de “belleza” vendido como corrección y mejoramiento médico para erradicar aquello que será incrustado como handicap por un régimen de opresión y así perder de vista el proceso de racialización producido por la opresión. ¿O viceversa? Alguna vez una de estas feministas blancas queer con empleada doméstica para la cual me tocó ser esclava escribe-su-libro-por-módica-suma dijo “pero si son negros” para referirse a que ella así los ve. Y sí, hay gente descendiente de Africa que prefiere un color más claro (sic), hay un presidente negro que envió más bombas a poblaciones civiles que la gestión abiertamente fascista que le precedió pero que contaba, también, con una ministra de relaciones exteriores negra, hay policía negra. Asimismo, hay violadores y agentes de represión trans.

No obstante, no es una enfermedad lo que tengo. Convivo con una operación de diagnóstico que me construye, o al menos lo intenta, como enferma, minusválida y paciente; y que cuando no lo hace, me supone salva y posibilitada de hacer lo que cualquier otra persona; vivo en una manera de funcionar de mi organismo bajo este sistema que muchas veces es doloroso, destructivo, incapacitante, arduo, atemorizante.

Sería fácil y cómodo, hasta trillado, recaer en nociones como visibilización, respeto o inclusión, copiar perimidos modelos de aceptación social de minorías, diversidades, divergencias, portadas de revista, asimilacionismos. Nuestra guerra es bien otra. Nuestro llamamiento está dirigido a quienes aun puedan oír.

Mientras tanto, la ciencia delimita los bordes entre los sanos y las enfermas, y patrulla sus fronteras, es el ojo interesado de una divinidad ficcional poderosa; poderosa pero no invencible; endiosada pero no invivible.

Lamento muchísimo la muerte de Bimba porque su excelsa belleza andrógina hizo con sus cicatrices más habitables las mías. Bimba te vamos a extrañar. Bimba trabajamos para que no haya que luchar, ni qué perder ni qué ganar. Luchamos para que todas las cicatrices sean bellas, no solo las

tuyas, y para que el corto tiempo de la vida sea suficiente para vivir bien, como por fortuna, y lo celebro, fue, en apariencia, el tuyo, rodeado de todo porque te lo merecías como nos lo merecemos todas (o casi...). Porque la pregunta no es quién juzga, quién se merece qué, sino como compartirlo todo y como neanderthales en fuga no dejar atrás ni a viejas ni a heridas.

Rote Zora nos avisó que el victimismo es el disfraz de la impotencia. Por eso, he decidido no colocármelo hoy que no es lo mismo que creerme ser algo más que una simple mortal, un modo del ser, una parte de mí no humana que celebra su mala genética ancestral, una divinidad en esta tierra, que no me pertenece, pero la cual, no obstante, reclamo por lo que dure esto. Y ya sabemos que una vela que arde por ambos lados, da una luz muy hermosa, pero no dura toda la noche.

Mutante y orgullosa.



POLÍTICA DE LA SUPERVIVENCIA

Politics of Survival

GABRIEL GIORGI

NEW YORK UNIVERSITY(ESTADOS UNIDOS) gabriel.giorgi@nyu.edu

Profesor Asociado de Español y Portugués. Estudió en la Universidad Nacional de Córdoba y en New York University, donde actualmente se desempeña como docente e investigador. Autor de los libros *Sueños de exterminio. Homosexualidad y representación en la literatura argentina* y *Formas comunes. Animalidad, cultura y biopolítica*. Co-editó, junto a Fermín Rodríguez, *Excesos de vida. Ensayos sobre biopolítica*.

RECIBIDO: 5 DE SEPTIEMBRE DE 2017

RESUMEN: Distintas intervenciones desde prácticas activistas y culturales en torno al VIH escenifican poéticas y políticas del resto corporal en las que se juegan, por un lado, una reorganización de los modos en que se dramatiza en umbral entre lo vivo y lo muerto en lo público – redefiniendo así el tejido mismo de lo que llamamos “comunidad”–; y por otro, indican los modos en que estos activismos impulsan una disputa sobre los “marcos de temporalización” desde los cuales lo viviente se vuelve reconocible políticamente y donde la noción de supervivencia adquiere una centralidad decisiva. Combinando materiales heterogéneos el artículo busca iluminar los modos en que los activismos y las culturas en torno al VIH configuran un terreno decisivo para pensar *políticas de la supervivencia* del presente.

PALABRAS CLAVE: VIH, ACT-UP, Supervivencia, Temporalidades, Biopolítica.

ACEPTADO: 16 DE DICIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: Different interventions from activist and cultural practices around HIV staged poetics and politics of the body remnant. They imply, on the one hand, a reorganization of the dramatization of the threshold between the living and the dead in the public space; and on the other, they indicate the ways in which these activisms mobilize a dispute over the “frames of temporalization” from which the living becomes politically recognizable and where the notion of survival acquires a decisive centrality. Combining heterogeneous materials, the article seeks to illuminate the ways in which activism and cultures on HIV constitute a decisive ground for thinking about the present *policies of survival*.

KEYWORDS: IHV, ACT-UP, Survival, Biopolitics.

1992: una movilización numerosa avanza sobre la Casa Blanca. La gente trae objetos en sus manos –pequeños cofres, bolsas, urnas. Van repitiendo nombres, como en un coro que replica al infinito. Cuando llegan a las rejas de la Casa Blanca, empiezan a arrojar sobre el césped de la entrada el contenido de lo que traen en las manos: cenizas. Son las cenizas de los muertos por enfermedades relacionadas al vih-sida – y por eso mismo, muertos políticos, porque son las víctimas del abandono sistemático y deliberado que las administraciones Reagan y luego la del primer Bush gestionaron e impulsaron. Esa movilización y esa intervención se llamó “Ashes Action” (Acción de las Cenizas) y fue coordinada por Act Up, la legendaria red de activistas que se originó a mediados de los 80s, que continúa hasta nuestros días, y que transformó decisivamente los modos de politizar la relación entre salud y enfermedad, y el límite mismo entre la vida y la muerte.

Act Up, como sabemos, venía trabajando desde sus comienzos sobre los modos de inscribir públicamente ese morir político. Sobre todo había llevado adelante los *funerales políticos*: a medida en que algunos activistas iban muriendo, dejaban la voluntad expresa de ser velados a cajón abierto frente a las casas de los políticos responsables por el “dejar morir” propio de la crisis del sida, una especie de escrache *avant la lettre* y con el cadáver en el medio. “Bury me furiously” (algo así como “entiérrenme furiosamente”), fue, por ejemplo, la consigna de un activista que concibió su propio funeral.¹ Y luego, la “Ashes Action”. Un trabajo sobre la inscripción directa, *pública y material*, de los restos. En todo caso, allí se lee no sólo la historia de lo que le iba sucediendo a los cuerpos, sino la conciencia creciente sobre la relación política directa con la vida y con la muerte.

Estas intervenciones de Act Up me interesan por el modo en que hacen visible y *sensible* la dimensión política y pública del umbral entre la vida y la muerte. *Hacer sensible*, no sólo “sensibilizar”: es decir, traer a modos de la percepción el espacio de relación entre vivos y muertos, que se había vuelto, una vez más, el terreno mismo de lo político. El trabajo sobre ese espaciamento, siempre indeterminado: los modos materiales, *y por lo tanto estéticos* (no “estetizados”: estéticos, en tanto que organización de lo sensible) por los cuales se inscribe a los muertos en el tejido de la vida, en la comunidad de los vivos. Ese espacio, o esa tensión entre el cuerpo vivo y el resto, eso que ya es materia inorgánica, fósil, que viene con otros tiempos y otras escalas, y que aquí no está dado –no tiene ritual, ceremonia, exequia– sino que, por el contrario, hay que producir, hay que crear, hay que instituir. Ese *entre* cuerpos, entre vivos y muertos, entre orgánico e inorgánico, entre lo humano y ese exterior que, sin embargo, le es constitutivo.

La memoria, sin duda. Pero fundamentalmente: las supervivencias. Lo que queda, lo que cae, lo que insiste. Por ejemplo: las cenizas.

Se trata, como lo indica la convocatoria,² del gesto político de literalmente arrojarle los muertos al Estado, definiéndolo, en ese mismo gesto, como máquina necropolítica –gesto que continúa y radicaliza la práctica del “funeral político”, que Act Up había sostenido durante años previos. Pero a

¹ Ver al respecto Levine, Debra, “[How to Do Things with Dead Bodies](#)”, en *e-misférica* 6.1, summer 2009, New York University.

² Disponible en el website de [Act Up](#).

la vez se trata de otra cosa – se trata de un trabajo sobre el tejido de lo sensible, de los modos de inscribir, de hacer sentir la presencia de esos cuerpos. Y de hacer sentir esa presencia allí donde los rituales de la muerte disponible *fallan*, donde los modos, ya sean religiosos o sociales, de separar la materia del cadáver y preservar la memoria de la persona –eso que sería, según nos dice Pogue,³ la esencia del ritual fúnebre–, fracasan, no puede tener lugar. En esa falla, o en ese desarreglo donde no se termina de separar el cuerpo de la persona, ahí donde insisten los restos de los cuerpos, esos restos materiales, entre lo orgánico y lo inorgánico –en esa zona de tensión, de pasaje, de flujo, de vibraciones y latencias. Aquí, en las cenizas, aparece algo que no se puede anudar a una “vida eterna” (a la que se consagra el cuerpo en los rituales religiosos fúnebres) ni que tampoco se conjuga con la memoria social de la persona, en las prácticas de memorialización y duelo de las familias y las comunidades (y que se juegan principalmente alrededor del nombre propio). *Aquí aparece algo que no se deja reducir* por los mecanismos de simbolización disponibles para el morir. Algo irreductible, que no se privatiza ni se simboliza: algo que queda como materia, y que queda *entre nosotros*: cenizas que se quedan en el “medio”, en el ambiente, en el suelo y en el aire, en el “entre” de la vida en común. Ni privatizado o “interiorizado” (en el duelo, digamos) , ni simbolizado: lo que queda es materia, en torno al cual se conjugan, quiero sugerir, formas de lo común y de lo público, del tejido de lo compartible. Una *política del resto* que es antes que nada un trabajo sobre lo sensible, sobre el límite entre lo visible y lo invisible, sobre lo que cuenta como huella material y lo que traza los espacios de relación entre cuerpos, lo que constituye ese *entre-cuerpos*. Una política del resto, en fin, en la que se traman nuevos modos de subjetivación política , que llegan hasta nuestros días en la medida en que allí se configuran formas de politización de lo que llamamos *vida precaria* –es decir: la escenificación de la distinción política entre vidas a proteger y vidas a abandonar⁴ y que se convertirá en el léxico de base de las luchas y las subjetividades de la era neoliberal.

HABLAN LAS CENIZAS

Una escena en *United in Anger* dramatiza de modos nítidos las maneras en que la “vida precaria” se constituye en terreno de ambivalencia y apropiación política. Después de arrojar las cenizas sobre la entrada de la Casa Blanca, los deudos –parejas, familiares, amigxs –cuentan breves historias sobre cada uno de los muertos cuyas cenizas fueron arrojadas. En un momento, alguien toma el megáfono y empieza a hablar *en el nombre de sus cenizas*: es una persona seropositiva que sabe que tiene dos años de vida aproximadamente. Y entonces, decide “arrojar” sus cenizas anticipadamente, como gesto político que grafica, de modo radical, esa –retomo la expresión de Cristel Jusino– temporalidad “prepóstuma” en la que los tiempos del vivir y del morir se entrecruzan e interpelan:⁵ es

³ Pogue Harrison, Robert (2003). *The Dominion of the Dead*, Chicago: University of Chicago Press.

⁴ Butler, Judith (2004). *Precarious Life. The Powers of Mourning and Violence*. London: Verso.

⁵ Jusino, Cristel, “Barroco prepóstumo: cuerpo y temporalidad en Néstor Perlongher y Severo Sarduy”, *Estudios de Teoría Literaria Revista digital: artes, letras y humanidades* 4, 8 (2015) Facultad de Humanidades / UNMDP, ISSN 2313-9676.

el que, en alguna medida, habla desde *el otro lado*.⁶ Sin embargo, en el mismo gesto de hablar “en el nombre” de sus cenizas, ese *otro lado* de la muerte se redefine radicalmente. Me parece que el gesto de esta intervención, que condensa y potencia toda una serie de acciones y reflexiones en torno a esas muertes públicas, hace algo más que dramatizar la necropolítica del gobierno estadounidense respecto del vih-sida. Instala, instituye un espacio de enunciación en el que la relación y la proximidad con la muerte no es solamente la negación de la vida, su otro absoluto, la pérdida sin resto, sino que, al contrario, hace de la muerte, de lo que viene de la muerte, la instancia de una cierta afirmación ética —la de esas cenizas futuras que, en su materialidad misma, en su persistencia material, harán presente, “entre nosotros”, la historia de esos cuerpos cuyos destinos se tejieron en la encrucijada de un virus y una política.

Hablar en nombre de las propias cenizas: en ese acto tienen lugar dos operaciones que me gustaría subrayar, en tanto ilustran algunas de las novedades decisivas que el activismo en torno a vih-sida introdujo entre nuestras prácticas estético-políticas. Por un lado, trabaja una formulación del tiempo del cuerpo o del tiempo biológico como *temporalidad biopolítica*: un tiempo que obedece y se conjuga en torno a la administración y las luchas por el acceso a la medicación y por lo tanto, a las condiciones de persistencia (o no) de los cuerpos. Biología y política se anudan en torno a una temporalidad “gestionada” sobre vidas a proteger —y por lo tanto a “futurizar”— y vidas que se pueden abandonar a una muerte rápida o lenta, pero en todo caso marcadas por una temporalidad terminal. Entonces ese tiempo biológico del cuerpo, el tiempo de la vida y de la muerte, aparece como el terreno mismo de la enunciación política, donde lo que emerge como marco de la subjetivación no es tanto el yo, la clase, la identidad, sino, antes que nada, los *ritmos políticos del vivir y del morir*. *Esos tiempos políticos del bios, la formalización a la vez estética y política de los tiempos del vivir y del morir, son uno de los vectores que el activismo en torno a vih-sida inscribe en la sensibilidad contemporánea.*

Al mismo tiempo, esta escena de “Ashes Action” ilumina también otro aspecto, no menor. Hablar en nombre de las cenizas, arrojar anticipadamente las propias cenizas, es también un acto de *animación* de eso en principio inerte, pasivo, mudo, a-significante, que son las cenizas, los restos, lo que queda después de la muerte. “Hacer hablar” a las cenizas: que la enunciación, el acto de habla, incorpore ese futuro próximo en el que el cuerpo parlante será un resto mudo. Pero por eso mismo, traer ese resto al espacio de lo compartido (o lo compartible), al espacio “entre” cuerpos y entre sujetos que se instituye en la asamblea política. Animar lo inerte, (re)vitalizar lo inorgánico, hacer del resto una *presencia expresiva*: el límite entre lo vivo y lo no-vivo se vuelve allí instancia de disputa y de retrazado. Lo que vive y lo que sobrevive, el espacio y la naturaleza de eso que sobrevive (el sentido incontrolable, vertiginoso, del prefijo “sobre” en “sobrevivencia”)⁷ como terreno de disputa a la vez

⁶ *United in Anger*, minuto 1:17:30 aproximadamente. El documental está disponible [aquí](#).

⁷ Ver, en este sentido, la última entrevista dada por Jacques Derrida antes de su muerte: “La survivance, c’est la vie au-delà de la vie, la vie plus que la vie, et le discours que je tiens n’est pas mortifère, au contraire, c’est l’affirmation d’un vivant qui préfère le vivre et donc le survivre à la mort, car la survie, ce n’est pas simplement ce qui reste, c’est la vie la plus intense possible.” *Le monde*, 18/08/2004.

sensorial (capturando la escala del cuerpo en su materialidad, más allá de la “propia” vida, la vida personal) y gráficamente político. Ese es el terreno en el que emerge la figura del *sobreviviente* como figura de subjetivación política: aquel o aquella que, en contextos de precarización —es decir, en contextos donde la reproducción y la continuidad misma de la vida se torna instancia de decisión y *management* político— afirma su presencia en un tiempo que lo excluye, un tiempo que lo quiere borrar: el sobreviviente es el que trae otro tiempo, el que afirma la posibilidad de otro tiempo contra el presente y el futuro (pero también contra el pasado) en el que su existencia es negada. A diferencia de la idea del sobreviviente y de la supervivencia como la vida reducida al mínimo de su mera continuidad biológica, como figura de expropiación y desposesión en los límites de la vida humana o la vida vivible, aquí el sobreviviente aparece como la instancia de una afirmación de otro tiempo y de otras éticas del viviente: de nuevo, el *sobre*, el prefijo, como pregunta y como interrogación. El/la sobreviviente como figura de dislocamiento del tiempo: desde el pasado y desde el futuro.

Estas dos operaciones ilustran un factor central del activismo en torno al vih-sida, que pasa por sus cruces entre estética y política y que será decisivo para futuras intervenciones y activismos en torno a la “vida precaria”: el factor de una *temporalidad* que interrumpe y disloca una administración del vivir y del morir, interrupciones que apuestan, evidentemente, a la continuidad de aquellas vidas abandonadas por un ordenamiento biopolítico específico —que es, sin duda, un sentido clave del sobrevivir— pero también asegura la inscripción de los muertos en el tejido mismo de lo viviente, reclamando la pertenencia comunitaria y la huella misma de aquellos cuerpos que fueron declarados insignificantes. Interrumpir las temporalidades normativas sobre las que se sostienen y se reproducen las distinciones entre vidas a proteger (y por lo tanto, a futurizar, a proyectar hacia el futuro colectivo) y las vidas a abandonar, las que se declaran insignificantes, descartables o destinadas a la eliminación. Esa distinción biopolítica entre vidas a proteger y vidas a abandonar —quizá el núcleo mismo de eso que llamamos “biopoder”— es *fundamentalmente temporal*: se proyecta y se especifica sobre el despliegue de eso que llamamos vida, los tiempos y los ritmos de los cuerpos en su persistencia y su reproducción, y los modos de su memorialización y su presencia póstuma. Esa ecuación entre temporalidad y política hace de los tiempos del viviente su terreno de despliegue: eso lo que Act Up, y los activismos en torno a vih-sida, pusieron en el centro del debate público de modos decisivos para nuestra imaginación política.

Ahora bien, esto acarrea un reordenamiento específico que me interesa subrayar. Dado que si eso que Judith Butler llama *grievability*⁸ es el marco político a partir del cual un cuerpo es reconocido como “una vida”, tanto durante su vida (anticipando la magnitud de su pérdida) como después de su muerte (marcando el hecho de su ausencia y memorializando su existencia), lo que hacen estas intervenciones es dislocar radicalmente esos “marcos de temporalización” de lo viviente (de lo que se reconoce como “una vida”) *a partir de una relevancia y una gravitación creciente, intensificada, de la dimensión biológica y material de los cuerpos*. Los marcos de reconocimiento de “una vida” aquí no son solamente los del nombre propio, la biografía y la autobiografía —esto es, los marcos a través de

⁸ Butler, Judith (2009). *Frames of War. When is Life Grievable?* London: Verso.

los cuales, clásicamente, se hace inteligible eso que llamamos “persona”; son también los de la historia médica, los del tiempo del virus, los procesos biológicos e inmunológicos, los contagios y las inmunizaciones, y la mirada sobre poblaciones y agenciamientos entre formas humanas y no-humanas: son los tiempos de un *bios* que no coincide con las formas dadas del “yo”.⁹ Y son también los tiempos de las materias de las que están hechos los cuerpos y que persisten después de la muerte del sujeto y retornan en la “animación” política de la movilización colectiva/política, como las cenizas. “Una vida”, entonces, es siempre una multiplicidad abierta que adquiere una nueva visibilidad allí donde lo biológico y lo viviente se vuelve el protagonista político. Lo que emerge allí entonces son configuraciones *heterocrónicas* donde “una vida” está atravesada por una multiplicidad de procesos y secuencias que no se ajustan a una narrativa subjetiva, ni de clase, ni de lo social o lo nacional. *El momento en el que entra en escena el viviente como núcleo de la apuesta política* —el momento biopolítico, o de contestación biopolítica, podríamos decir— *es un momento de dislocación y recomposición radical de los tiempos de los que están hechas la imaginación de “lo social” y “lo personal” y por lo tanto las subjetivaciones y enunciaciones políticas.* “Lo social” y “lo subjetivo” se reformulan bajo la presión de una biología —una existencia biopolítica, podríamos decir— que impone sus ritmos y sus claves; *cambia el relieve, las reglas, las materias, los modos en que producimos subjetividad*: esto es, en que reconocemos algo así como “una vida” allí donde esa vida está atravesada, abierta, constituida por una multiplicidad de procesos vitales y materiales, y hecha de un tejido de relaciones entre cuerpos y tiempos heterogéneos. Ese es, quizá, el efecto sísmico que hoy escuchamos en torno a las luchas de los años 80s y 90s. La crisis y la politización del vih-sida es uno de los nombres de ese “momento” del que somos herederos directos.

Creo en este sentido, que la potencia enorme que se conjuga en torno a la “acción de las cenizas” —las cenizas: eso que no es “casi” nada, eso que está en el límite mismo de la nada— es que ilumina esa temporalidad dislocada, esas heterocronías, esos tiempos discontinuos pero recurrentes que son los de lo viviente en contextos de precarización. Ilumina, dicho de otro modo, esos anudamientos entre precariedad y supervivencia (contestaciones de la precariedad, éticas de la supervivencia) que son el foco de muchas de nuestras políticas, y que pasan, quiero sugerir, fundamentalmente, por la invención de tiempos y de ritmos de los cuerpos en tanto que vivientes.

Una *política de las supervivencias*, más, quizá, que de la memoria (ni, mucho menos, de la herencia como reproducción): ahí pensar los legados de muchas luchas en torno al vih-sida. Una política de las supervivencia en tanto que una política de los tiempos de “una vida” y de lo colectivo como el tejido de un *entre-cuerpos* cuya heterogeneidad y multiplicidad es irreductible a una única narrativa, a un relato singular, a una línea temporal continua y legible como continuidad.

EL POLVO: SU INVITACIÓN

⁹ El documental “*E agora? Lembra-me*”, de Joaquim Pinto (2013), es una investigación muy precisa y abarcadora sobre este desplazamiento entre biología y subjetividad, formalizando esas temporalidades en los límites de lo humano, e indagando otros modos de subjetividad permeados y atravesados por esos tiempos no-biográficos, o excesivos respecto de la (auto)biografía como forma.

La “acción de las cenizas” de Act Up resuena con una multiplicidad de ejemplos de una politización del morir que pasa por una inscripción pública de los restos. Esta inscripción pública del resto resuena con la noción de “contrapúblico” de Michael Warner, cuando habla de “counterpublic forms” que hacen de “an expressive corporeality the material for the elaboration of intimate life among publics of strangers”.¹⁰ Una “corporalidad expresiva”, dice Warner: los contrapúblicos parecen inseparables de modos diferenciales, singulares, de inscribir los cuerpos en lo público — y ,simultáneamente, de *crear públicos* a partir del trabajo expresivo de los cuerpos. Pienso, por ejemplo, en ese poema deslumbrante del portorriqueño Manuel Ramos Otero, incluido en “Invitación al polvo”, de 1991, escrito en las vísperas de su muerte a raíz del sida y publicado póstumamente. Ramos hace del *polvo* del título una especie de nudo a la vez material y político: es el polvo del placer sexual, el del amor (quevediano, obviamente), el del resto corporal, pero también nombra el umbral de una precariedad compartida por los homosexuales, las mujeres, los negros, los trabajadores: dramatiza esa nueva lógica de abandono que llamamos neoliberalismo, y que el sida, en Ramos Otero, habrá de exponer y anticipar con una luz sagital e íntima.

El poema empieza con un protagonista enigmático —el tiempo— para un texto que, a primera vista, habla sobre la persecución del deseo queer:

El tiempo no tiene alma, persigue nuestro camino
son palabras que al oído le robaron toda calma,
nos persigue por el fuego que quiere ver apagado
pero el rostro disfrazado no conoce nuestro juego.

Ese “tiempo” perseguidor es pues el de ese fuego que “quiere ver apagado”: a la vez material y alegórico, el “tiempo” es aquí el de una norma que busca eliminar todo lo que se le opone (“se sueña perseguidor de dos hombres perseguidos”) que resuena con la “crononormatividad” de la que habla Elizabeth Freeman en su reflexión sobre temporalidades queer.¹¹ La cuestión del deseo disidente, de su posibilidad y de su existencia, aquí es inseparable de una reflexión sobre el tiempo —sobre la dimensión política del tiempo, dado que la posibilidad misma del deseo, de su “fuego prometido”, pasa por una figuración de la supervivencia, de lo que insiste, persiste, allí donde “la persecución” parece haberlo hecho desaparecer: en el polvo, en las cenizas.

La persecución nos une aunque también nos señala
nos apunta en cada parque, en cada calle, en cada playa
quiere habitar aposentos y reglamentar lujurias
regalarnos tumbas turbias que nos borren los deseos,
velarnos ojo por ojo, diente por diente arrancarnos
hasta que el miedo de amarnos nos haga amar el olvido

¹⁰ Warner, Michael (2002). *Publics and Counterpublics*. Michigan: Zone Books, p.76.

¹¹ Freeman, Elizabeth, *Time Binds*, Durham, Duke University Press, 2010. Respecto de la cuestión de temporalidad en Ramos Otero, ver Jusino, Cristel, *Balance prepóstumo. Temporalidad queer y literatura latinoamericana, 1983-1993*, tesis doctoral, New York University, 2015, y Zaidenweg, Ezequiel, “Indecoro, anacronismo, utopía: sobre la poesía de Manuel Ramos Otero”, *Revista Hispánica Moderna* 70.1 (2017), pp. 77-94

y ese fuego prometido no pueda nacer del polvo.

El polvo: ese casi cuerpo, o ya no cuerpo, entre nosotros, entre “cada” cuerpo, entre lo vivo y lo muerto, entre orgánico e inorgánico —porque en Ramos también el polvo es el de la página que se deshace: el polvo como *medium* material que arrastra el hecho mismo de la escritura. El polvo entonces como *sensorium* de una combustión, un pasaje de materias y cuerpos entre la latencia y el despliegue: un ritmo que habita la materia, entre lo material y lo orgánico. Ese ritmo material, esa vibración, es lo que el “tiempo” persigue: el olvido de ese ritmo, la ausencia de toda huella y registro de su existencia es el “sueño” de ese “persecución” que aquí se nombre como “tiempo” —y que, interesadamente, oscila, sin resolverse, entre una *ontología* (el tema clásico del deseo y su caducidad, y el de la muerte como asedio al deseo, que la referencia quevediana al polvo desafía) y una *política*, en esa persecución que busca eliminar el “fuego” de la disidencia sexual y que, como veremos, también alcanza a otras figuras racializadas y marcadas por el género y la clase: un ordenamiento de cuerpos.

Vale la pena, en este sentido, subrayar la resonancia entre el poema y la “acción de las cenizas” de Act Up, dado que aquí el polvo, en el final del poema, es el agente de donde proviene —“nace”— el fuego y la promesa, el fuego del placer (y la promesa de ese encuentro en el placer), pero también ese futuro que es lo prometido. Paradójicamente, lo que aquí desafía al olvido son el “polvo” y el “fuego” —antes que figuras más reconocibles, como la conciencia, el relato, o el archivo. El fuego, que suele asociarse a la extinción de la memoria, de los monumentos y los archivos emerge, junto al “polvo”, como agentes de un retorno y una perpetuación: lo que fractura el presente y abre una relación (un retorno, una supervivencia) con el pasado. Una vez más, el efecto de *animación*: el polvo —eso que pasa en los cuerpos, y lo que queda, lo que cae de los cuerpos (“echarse un polvo”: lo que se “echa”, se eyacula, se descarta: lo que cae, como el cadáver)— es aquí la *latencia* que alberga la posibilidad de la promesa: del otro tiempo. Es ese ritmo de la materia: latencia y despliegue; animación, virtualidad, allí donde parece no haber (casi) nada: en las cenizas. Como las cenizas que el activista arrojaba (“echaba”, podríamos decir) anticipadamente en la acción de Act Up. Esos polvos, esas cenizas, eso casi invisible, lo que se disuelve y parece no tener cuerpo, aquí adquiere la potencia y la posibilidad de un retorno: la potencia de una *supervivencia*, lo que parece desaparecer y sin embargo está ahí y puede retornar, y abre una fisura en las formas dadas del presente (que es siempre una gestión política: un orden de cosas dominante; el “tiempo” de la apertura del poema) para indicar la posibilidad de otra temporalidad que se alberga en los cuerpos y las materias. Política, una vez más, de la supervivencia.

La voz poética dice: “La persecución nos une aunque también nos señala”. ¿Quiénes forman ese “nosotros” perseguido? Los “dos hombres” del comienzo, sin duda. Pero también *un reagrupamiento de cuerpos* que se une *en esta nueva conjunción del tiempo que persigue y de este ritmo de la supervivencia*: un paisaje de sobrevivientes, podríamos decir. El “negro”, contra quien el “carimbo no hay podido con su libertad oscura”; la “mujer” que “edifica en el derrumbe el rostro de su victoria”, el “obrero” cuya “piel sabe la nota de estar vivo y desahuciado”: figuras anónimas, como los “dos hombres”, y ciertamente de factura alegórica (como personajes típicos de un drama

colectivo) que comparten la trama de una ambivalencia: aquella en la que la persecución, el control y la explotación no termina de dominar, incluso en su aparente éxito, un gesto –un resto, podríamos decir– de libertad y exceso. Algo que elude en el cuerpo y el gesto de los dominados por un poder que reúne a estos personajes bajo la luz de una nueva regla: mujeres, negros, obreros, queers. El poema de Ramos Otero ensaya, bajo la consigna del polvo y su temporalidad oculta, el terreno en el que estas figuras habrán de reunirse en ese “nosotros” heterogéneo pero que proyecta un nuevo paisaje social: el de las “vidas precarias” de la sociedad neoliberal, esas vidas que, bajo la luz de nuevas reglas de explotación (los que “pierde[n] la vida amontonando cansancios”) y sus nuevo tiempo, presentan, en el despliegue del poema, aquello que se vuelve irreductible, ingobernable a la persecución. Eso ingobernable, eso irreductible aquí será el polvo: un terreno de resistencia y deseo como supervivencia, que traza un nuevo entre-cuerpos y que se figura en y desde la luz de la experiencia del deseo queer y en contexto histórico de la crisis del vih-sida. Es esta conciencia política (o biopolítica), lo que se articula en el poema de Ramos Otero: lo que en el poema escucha, contra las “palabras que roba[n] toda calma”, en el *rítmico* insistente, irreductible, que sobrevive en los cuerpos e incluso en su materia.

POLÍTICA DE LA SUPERVIVENCIA

En estas *políticas de la supervivencias* y estas poéticas del resto se juegan dos cuestiones que me gustaría al menos formular esquemáticamente. Por un lado, hay, evidentemente, una dimensión específicamente queer, anti normativa, en estos modos de ritualizar la muerte: la que desmonta, disloca la gramática familiarista, reproductivista del ritual fúnebre y lo enlaza a otros modos de lo colectivo, de lo público. Estos muertos, como decía antes, no se dejan codificar en los ritos fúnebres que, en nuestras sociedades, pasan por la exequias religiosas y/o el duelo familiar y social. Y no se dejan codificar, en primer lugar, porque su estatuto como persona, como humano, como otro social, como miembro de la familia había sido puesto en cuestión, cuando no directamente negado, en sus propias vidas. Su muerte, evidentemente, no puede acomodarse a los modos dados: algo allí falla. Y “queer” ha sido uno de los nombres –entre otros– de esa falla –que es, como sabemos, también una apertura, una posibilidad.

Se trata, claramente, en el terreno que Judith Butler explora en la noción misma de “vida precaria”: el del duelo como marco de inteligibilidad de eso que llamamos “persona” (ciudadano, sujeto, etc), y por lo tanto, como dispositivo político que traza distinciones entre cuerpos y vidas y estructura pertenencias colectivas. Allí donde la distinción entre humano y no-humano deja de estar inscrita en las formas de lo natural y lo dado, el duelo opera como uno de los mecanismos que hacen legible una vida como “humana”. Esto es precisamente lo que se problematiza y se moviliza desde estas relaciones queer con el morir: donde se interrogan los mecanismos que, desde el duelo, trazan la distinción entre vidas reconocibles y vidas abandonables que pasa por la norma de género y por la sexualidad, abriendo otras posibilidades del duelo, que se abre hacia vidas abandonadas y a la vez desmonta los mecanismos familiaristas y privatizadores del morir.

Cabe preguntarse en qué medida en estos momentos de reconfiguración y reordenamiento móvil del umbral entre los vivos y los muertos no se producen imágenes de otros modos de la comunidad, sobre todo pensando en eso que señala Jean Luc Nancy: que la comunidad no tiene lugar solamente entre los vivos, entre los “presentes”, sino que la comunidad siempre tiene lugar entre los vivos y los muertos, tiene lugar en ese borde donde el tejido de la vida se deshace y se reinventa.¹² La comunidad “pasa” por ese umbral móvil, que todo el tiempo debe ser reinventado entre vivos y muertos. Allí se conjuga otra forma de *exposición de los cuerpos*: esa materialización de ritmos y vibraciones entre los cuerpos, vivos y muertos, en los que, y sigo con Nancy, se teje lo común, la posibilidad misma de lo común. Me pregunto, entonces, en qué medida estos modos del duelo queer —en sus reinenciones a partir de las luchas alrededor del vih-sida, estas maneras de inscribir los cuerpos allí donde el ritual normativo falla justamente porque falla la gramática heteronormativa— ponen en juego un reordenamiento de lo sensible que pasa por esas supervivencias, esos actos antinormativos, materiales, directos, de relación con eso muertos que hacemos parte del “nosotros”.

Esto remite al segundo punto que quisiera subrayar, y que tiene que ver eso que llamamos, de modos siempre tan inestables y un poco sospechosos, “biopolítica”, y que estas intervenciones estético-políticas en torno al vih-sida ilumina de un modo singular. Dado que estas políticas de la supervivencia tensan las construcciones a la vez de la noción misma de “bios”, de “vida” y de viviente. Porque lo que estas supervivencias, esta “sobrevida” de estos restos corporales, pone radicalmente en cuestión (y “en acto”, digamos) los modos en que nuestras sociedades trazan la distinción, decisiva para todo orden político, entre la vida y la muerte —o mejor dicho, los modos en que nuestras sociedades quieren aislar, inmunizar, la vida de la muerte, demarcar con absoluta nitidez y de modo unívoco el límite y los tiempos de la “Vida” y de esa muerte que la amenaza (en sus múltiples encarnaciones: el cadáver, el muerto-vivo, la falsa vida, la vida que no merece ser vivida, etc etc). Contra esa demarcación “autoinmunitaria” (Esposito), estas políticas de las supervivencias movilizan el umbral entre lo vivo y lo muerto, y desde allí tensan/movilizan los modos y los marcos a través de los cuales algo así como “una vida” se hace inteligible para nosotros —esto es, los límites de lo que llamamos “viviente” por fuera de las figuras del organismo y lo orgánico, situándolo más bien en esos espacios de relación, de contaminación, de pasaje y de vibración recíproca *entre* cuerpos y ese *entre* materias y los tiempos que los componen: en *tejidos precarios de interdependencia vital*. Se trata de interrogar el límite entre vivo y muerto para encontrar, a la vez, cierta continuidad de la materia pero también para explorar otros modos de relación con lo muerto, en los que la *latencia* y la *heterocronía* emergen como dimensión clave.

Y por otro lado, en estas supervivencias se trata de hacer resonar la vida con eso que llega desde eso inerte, esa no-vida, esas líneas fósiles, minerales, desde ese otro tiempo que interrumpe y disloca las formas de la vida presente a sí misma, continua a sí misma, y nos abre a una pedagogía de lo sensible en la que el viviente, lo viviente, es esa *arquitectura inestable de tiempos múltiples*, donde las supervivencias se revuelven no sólo en un saber sobre el pasado, sino la *posibilidad misma de otro*

¹² Nancy, Jean-Luc (1990). *La communauté désœuvrée*. Paris: Christian Bourgois.

tiempo. Entonces, en estas políticas de la supervivencia se ponen en juego modos de hacer inteligible el viviente que contestan las construcciones normativas de la vida en tanto que centradas en lo orgánico, en la reproducción, en la propiedad, que son las gramáticas que hacen reconocible para nosotros una vida como vida humana. Creo que en estas políticas de supervivencia se juega otro modo de trazar el tema de la vida, otros “marcos”, como dice Butler, para hacer inteligible qué entendemos por vida, por viviente, por lazos de interdependencia vital. Paradójicamente (o quizá no tanto), esa posibilidad viene dada desde lo inorgánico, desde lo muerto, desde las latencias de esos restos, de esos “polvos”, como escribe Ramos Otero.

Allí, entonces, cabe preguntarse si para poder pensar otros “marcos de inteligibilidad” de eso que reconocemos como un sujeto, una persona o “una vida”, no necesitamos repensar de otro modo la categoría y la noción misma de vida, y los anudamientos entre ese bios y lo político. Si, dicho de otro modo, no tenemos que pensar concepciones de lo viviente que no coincidan con las matrices autoinmunitarias, organicistas, biologistas que la noción de “vida” tiene entre nosotros, y que modela tantos imaginarios políticos y de sujeto. Porque lo que estas luchas de Act Up ayudaron a diseñar un terreno material –estético– que es inmediatamente político: el que pone en el centro de la contestación el umbral entre la vida y la muerte, o mejor dicho, que disputa los modos de materializar, de hacer ver y de hacer sentir, ese umbral entre el vivir y el morir, en sociedades como las nuestras en las que el límite entre la vida y la muerte está lejos de ser una evidencia natural, dada, sino que, por el contrario, es el terreno de una indeterminación, de una ambivalencia y de una desestabilización y por lo tanto, un terreno primordialmente político –de decisión, de gestión, de disputa y contestación. Y eso es lo que estas supervivencias, estos modos de dislocar la relación entre el vivir y el morir ponen a la vez en escena y en evidencia: una interpelación que hace de la temporalidad el núcleo donde vida y viviente se vuelven el terreno de lo político.

BIBLIOGRAFÍA

- BUTLER, Judith (2009). *Frames of War. When is Life Grievable?* London: Verso.
- BUTLER, Judith (2004). *Precarious Life. The Powers of Mourning and Violence*. London: Verso.
- FREEMAN, Elizabeth (2010). *Time Binds*. Durham: Duke University Press.
- JUSINO, Cristel. “Barroco prepóstumo: cuerpo y temporalidad en Néstor Perlongher y Severo Sarduy”, *Estudios de Teoría Literaria Revista digital: artes, letras y humanidades* 4 8 (2015) Facultad de Humanidades / UNMDP, ISSN 2313-9676.
- JUSINO, Cristel (2015). *Balance prepóstumo. Temporalidad queer y literatura latinoamericana, 1983-1993*, tesis doctoral, New York University.
- LEVINE, Debra, “[How to Do Things with Dead Bodies](#)”. *e-misférica* 6.1 (2009), New York University.
- NANCY, Jean-Luc (1990). *La communauté désœuvrée*. Paris: Christian Bourgois.
- POGUE HARRISON, Robert (2003). *The Dominion of the Dead*. Chicago: University of Chicago Press.
- WARNER, Michael (2002). *Publics and Counterpublics*. Michigan: Zone Books.
- ZAIDENWERC, Ezequiel. “Indecoro, anacronismo, utopía: sobre la poesía de Manuel Ramos Otero”. *Revista Hispánica Moderna* 70.1 (2017):77-94.



MARTA DILLON Y JOAQUÍN HURTADO: CRÓNICAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Marta Dillon and Joaquín Hurtado: chronicles of a chronic disease

MIRTA SUQUET MARTÍNEZ

WILLIAMS COLLEGE ms31@williams.edu

Obtuvo su doctorado en Literatura Comparada por la Universidad de Santiago de Compostela, España (2016). Es profesora asistente visitante de español en Williams College. Su manuscrito *Rostrros del VIH / sida. Enfermedad e identidad en las narrativas del yo latinoamericanas: perspectiva comparada*, aborda un nutrido corpus de narrativas íntimas y autoficcionales, trazando los cambios en las representaciones de la enfermedad en más de tres décadas de literatura latinoamericana. Su “Memoria y resistencia en la literatura hispanoamericana sobre el VIH/sida escrita por mujeres” fue incluido en el libro *¿La voz dormida? Memoria, identidad y género en las literaturas hispánicas*.

RECIBIDO: 4 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ACEPTADO: 15 DE DICIEMBRE DE 2017

RESUMEN: A través de la lectura de las crónicas sobre el VIH/sida de Marta Dillon y Joaquín Hurtado, analizo cómo estos autores narran la convivencia crónica con el VIH que les impone el aprendizaje de nuevas formas de gestionar la vida y de autorrepresentarse. Estudio las crónicas no solo como estrategias terapéuticas para lidiar con los profundos cambios corporales y emocionales que trae consigo el diagnóstico, sino también como estrategias políticas para incidir en la normalización y percepción social de la enfermedad como entidad crónica. La reescritura del cuerpo, consustancial al devenir crónico de la enfermedad, enfrenta a los autores a cuestionar la improductividad o incapacidad de los sujetos afectados por el VIH, y los límites entre el yo y el otro (virus); la salud y la enfermedad, todo ello en el contexto de la medicalización contemporánea de los cuerpos y las subjetividades.

PALABRAS CLAVE: VIH/sida, representación, crónicas, enfermedad crónica, cuerpo, subjetividad.

ABSTRACT: Through the reading of the chronicles on HIV / AIDS by Marta Dillon and Joaquín Hurtado, I analyze how these authors narrate the chronic coexistence with the HIV that imposes on them the learning of new ways of managing life and self-representation. I study the texts by Dillon and Hurtado not only as therapeutic strategies to deal with the impacts on bodies and emotions that the diagnosis brings but also as political strategies in order to change the social perception of the disease as a chronic condition. Through the rewriting of the body, inherent to the chronic evolution of the disease, the authors question the unproductivity or incapacity of the subjects affected by HIV and the limits between the self and the other (virus), health and illness, all in the context of the contemporary medicalization of bodies and subjectivities.

KEY WORDS: HIV/AIDS, representation, chronic disease, chronicle, body, subjectivity.

Mirta Suquet Martínez.

“Marta Dillon y Joaquín Hurtado: Crónicas de la enfermedad crónica”.
Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 261-277.
DOI: 10.7203/KAM.10.10631 ISSN: 2340-1869

En octubre de 1995, año en el que le es diagnosticado el VIH/sida, la periodista argentina Marta Dillon comienza a publicar en el *Suplemento No* del diario argentino *Página/12* la columna “Convivir con virus”, que continuará apareciendo regularmente hasta el 2004. En este espacio, Dillon va a narrar su experiencia directa con el virus, estrechamente vinculada a otras rutinas de la vida diaria en su condición de activista, madre soltera e hija de una joven desaparecida durante la última dictadura cívico-militar argentina (1976-1983). En 1998, *Página/12* ofrece con el periódico impreso una edición en forma de libro no comercializable con las crónicas de Dillon publicadas hasta la fecha, y en el 2004 la autora selecciona y publica una compilación de sus crónicas bajo el título *Vivir con virus. Relatos de la vida cotidiana* (Grupo Editorial Norma).

A su vez, el periodista mexicano Joaquín Hurtado va a publicar mensualmente, desde septiembre de 1996 hasta el presente, su columna “Crónica Sero” en el suplemento *Letra S (Salud/ Sexualidad/ Sida)* del periódico mexicano *La Jornada*. En el 2003, el escritor reúne en el libro *Crónica Sero* (Fondo Estatal para la Cultura y las Artes de Nuevo León), setenta y tres de sus textos más personales, dejando al margen un ingente volumen de crónicas de carácter más circunstancial y político centradas en críticas específicas a la gestión estatal de la epidemia en México, aun cuando esta tensión política permea sus escritos más íntimos.

Como sugieren los nombres de las columnas (“Convivir con virus” y “Crónica Sero”), Dillon y Hurtado se proponen narrar la convivencia crónica con un virus que, al decir de Gabriel Giorgi, ha exigido “cartas de soberanía” para instalarse en “el entre”, “en eso que pasa y circula entre los cuerpos y los lenguajes, en ese espacio *intervalar* que es la condición inmanente de lo común” (2009: 16). Para Dillon, “Vivir con vih se parece mucho a este ejercicio de escribir la columna [del periódico]”. Un ejercicio rutinario que se presenta como un viaje introspectivo de corta duración hacia el pasado más inmediato pero cuyo sentido fundamental, como ejercicio de lenguaje, es la comunicación: “Del otro lado de la página alguien escuchó y eso me cura” (Dillon, 1998: 5).

Sobre el proceso de escritura de las crónicas como estrategia terapéutica basada en la recuperación de un lenguaje común que religue actores y experiencias, fracturados por los discursos moralizantes de la enfermedad, comenta Hurtado en “La antipatía activa por la muerte”:

No olvido que palabra que aprendía, palabra que me era arrebatada, arrastrada por el vendaval lingüístico detrás de la nube negra del acrónimo SIDA [...]. Me quedé sin habla. Me quedé sin vocablos para siquiera levantar las manos en defensa propia [...] En aquellos días empecé a atisbar que había la posibilidad de conformar nuevas células sociales, nuevos códigos gregarios para reinventar mi identidad. [...] Casi desde su origen, y por la generosidad de los editores y lectores, he tenido el privilegio de escribir en este suplemento las eses de mi sangre, mi semen, mi sexo, mi seropositividad, mi sudor, mis sueños, mis sapos, mis síntomas, mis sanguijuelas, mis sábanas, mis sáinetes, mi sarcasmo, mi sal, mis sombras, mi saliva, mi sinceridad, mi sufrimiento, mi satisfacciones. Mi salud (7 de julio, 2005).¹

¹ En este estudio serán referidas algunas crónicas de Hurtado no publicadas en el libro *Crónica Sero*. Cuando así sea, será dada la referencia del día de publicación de la crónica en *La Jornada*.

En el presente artículo me centraré en estos dos autores con el objetivo de clarificar las imágenes asociadas al VIH/sida que emergen en la escritura (de las) crónica (s) de la condición seropositiva. Es mi propósito indagar por las formas éticas y estéticas que surgen para registrar las mutaciones conceptuales de la enfermedad en su condición crónica, así como la representación de los efectos que producen en el cuerpo las terapias antirretrovirales combinadas. Se trata, como discutiré en lo adelante, de narrar un largo proceso de duelo y aprendizaje que supone la enfermedad crónica: por una parte, la cancelación de rutinas de vida y de imágenes de sí que dejan de ser operativas, y por otra, el aprendizaje de nuevas formas de gestionar la vida y de autorrepresentarse. Las crónicas son, asimismo, mediaciones políticas que emplazan a los actores gubernamentales y a las políticas sociales de las que depende, en gran medida, la sobrevivencia. En este sentido, son textos de resistencia al poder, pero también a la victimización y patologización de la condición seropositiva. La (re)escritura del cuerpo, consustancial al devenir crónico de la enfermedad, nos enfrenta a la dimensión difusa de los límites entre el yo y el otro (virus); la salud y la enfermedad, todo ello en el contexto de la medicalización contemporánea de los cuerpos y las subjetividades.

I. CRÓNICAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA: LA NARRACIÓN DEL DUELO Y EL APRENDIZAJE.

La flexibilidad formal de la crónica y su naturaleza heterogénea y liminal –en tanto género en disputa con los límites de lo literario y lo informativo, de lo público- publicable y lo íntimo, pero, a la vez, con una funcionalidad didáctica muy marcada en tanto discurso periodístico (Rotker, 1992; Bielsa, 2006) – permite producir la enfermedad como experiencia cotidiana que no para de acontecer, normalizando de esta forma su presencia en el espacio comunitario. Uno de los objetivos del género de la crónica viene a ser, precisamente, el de normalizar la excepcionalidad: para Norman Sims “a través de los ojos del cronista vemos personas normales en contextos cruciales” (citado por Lanza Lobo, 2004: 57), lo que evidentemente remite a una enunciación discursiva que renegocia de manera activa las expectativas de normalidad del lector. Las crónicas contribuyen, además, a recolocar la condición seropositiva en una dimensión también intersticial y fluctuante entre la salud y la enfermedad –una dimensión cada vez más expandida por los discursos y prácticas de la medicalización contemporánea.

El análisis de las crónicas de Dillon y Hurtado me permite retomar la distinción que hace Peter Dickinson (1995) a propósito de la enunciación del VIH/sida entre “discurso oracular” –los vaticinios epidemiológicos, las alarmas de la derecha política global y los titulares sensacionalistas, entre otros– y “habla vernacular” – aquella que se articula contextualmente en la comunicación directa con los implicados². Frente a los discursos “oraculares” sobre la epidemia, difundidos por los

² Para Peter Dickinson (1995), los discursos “oraculares” sobre el VIH/sida articularon la enfermedad como excepción y a los portadores como singularidades amenazantes, no importa cuáles fuesen los contextos de emergencia de la enfermedad. Mientras los discursos “oraculares” proyectaban distopías futuras que oscurecían los mensajes de prevención y empatía, las voces “vernaculares” de activistas y escritores que trabajaban en el seno de las comunidades más castigadas por la enfermedad, articulaban respuestas contingentes a partir de las necesidades intrínsecas a cada comunidad.

medios de comunicación en los ochenta y primeros noventa que, “instead of socializing a discourse on AIDS [...] [they] have demonized it; instead of contextualizing the issues surrounding AIDS, they have compartmentalized them” (Dickinson, 1995: 224), las hablas “vernaculares” como las que articulan las crónicas de Dillon y Hurtado, hacen frente a las retóricas paranoicas de contaminación y exterminio global. Estas “hablas” permiten remodelar los procesos de identidad e identificación, apelar a empatías emergentes y visibilizar los flujos y negociaciones identificatorias a través de los cuales emergen las imágenes cambiantes que el curso de una enfermedad traumática como el sida – física y psicológicamente hablando– contribuye a modificar.

A Dillon le interesa conectar, fundamentalmente, con un público femenino. La cronista insistirá en la vulnerabilidad y la falta de empoderamiento de la mujer a la hora de enfrentar la protección ante el riesgo de contagio y el cuidado de sí misma. Las crónicas de Hurtado, por su parte, apelan muchas veces a un destinatario masculino bisexual que generalmente no se siente emplazado por los mensajes preventivos destinados al público homosexual. Desde dos diseños muy diferentes de encuadre narrativo del VIH/sida, Dillon y Hurtado problematizan un archivo de representaciones y respuestas emocionales ya inoperantes para caracterizar un padecimiento a largo plazo, entre ellos, y quizás uno de los más fundamentales, aquel que supone a los seropositivos como inactivos, inútiles; sujetos por y para la muerte.

A pesar de la diversidad y variabilidad inherente a este género periodístico, se han ofrecido algunos rasgos generales que permitirían aventurar una caracterización básica de la crónica contemporánea. Susana Rotker señala su concentración en detalles de la vida cotidiana; la irrupción de lo subjetivo como violentación de las reglas del periodismo, y el no respeto del orden cronológico o la estructura narrativa de las noticias (1992: 200). Esperança Bielsa (2006: 39), por su parte, expande más esta caracterización. Arguye que la crónica lidia con eventos y personajes que tienen cierta cualidad de inmediatez, aunque también da espacio a la creación de entidades ficcionales, relacionadas con una realidad identificable; tiene una intención descriptiva de estos eventos y personajes; narrativiza y ficcionaliza los eventos reales, produciendo una ambigüedad entre realidad y ficción o entre información e imaginación. La estudiosa también apunta otro rasgo fundamental: la posición central que ocupa el autor en la crónica contemporánea, ya sea como entidad narrativa desde la primera persona, o como entidad que subjetiviza los eventos, desde el punto de vista de un personaje. Esta posicionalidad del autor se relaciona directamente con la singularidad estilística, marca también de la crónica según Bielsa, quien también alude a la fuerte presencia de la oralidad, las formas dialógicas, y el carácter inacabado de la crónica, que no aspira a ofrecer un final cerrado de lo que narra, por lo cual adquiere cierto carácter contingente e indeterminado (2006: 39).

En el prólogo de *Vivir con virus...*, Dillon explica la deriva de sus crónicas personales hacia otras historias de vida, tocadas o no por el VIH/sida, pero entrelazadas por experiencias comunes: “Las columnas hablaban de mí y de quienes como yo vivían con vih y de quienes no, porque en definitiva estamos todos obligados a convivir y los encuentros se producen sin pedirle permiso al virus” (2004: 12). De esta forma, los textos de Dillon y Hurtado captan esa coexistencia comunitaria con la realidad de un virus demasiado presente entre los cuerpos como para ser ignorado, pero que ha

pasado a ocupar progresivamente el lugar de una latencia –latencia en el cuerpo que podría derivar, también, a imprevistas afasias sociales, a peligrosos silencios discursivos. Las crónicas de estos autores despojan de excepcionalidad al sida restituyéndolo al espacio de lo común, pero, por ello mismo, recaban la responsabilidad del estado y de la sociedad en general por los nuevos pactos de convivencia que la enfermedad crónica permite reconstruir.

Si bien la representación literaria de la enfermedad desde inicios de los noventa generó a nivel global numerosos textos escritos en primera persona, fundamentalmente autobiografías y/o autoficciones –géneros, por su parte, no muy comunes en la expresión literaria del VIH/ sida en Latinoamérica–, las crónicas de los autores citados ofrecen un devenir de los cuerpos y las subjetividades con VIH/sida radicalmente diferente al implicado en muchas de las narrativas precedentes de la enfermedad. Me refiero a aquellas narrativas de recuento del pasado y cierre de vida (*Jeremías, el replicante*, 1988, de José Vicente de Santis; *Antes que anochezca*, 1991, de Reinaldo Arenas); de negociación, resistencia y aceptación de la condición precaria del cuerpo ante la inevitabilidad de la muerte (*Antes que anochezca*; *Diario de la peste*, 1994, de Severo Sarduy; y de sublimación o aprendizaje existencial, a la manera de los últimos textos de Severo Sarduy, verdaderos *ars moriendi* contemporáneos (*El estampido de la vacuidad*, 1999; *Pájaros de la Playa*, 1994). Tales registros memorialísticos de (re)capitulación, algunos publicados póstumamente como *Antes que anochezca* y *Pájaros en la playa*, estructuran la diégesis de manera tal que, aún cuando el final de la historia se interrumpe abruptamente, el pacto de lectura previo, reforzado por la publicación póstuma de los libros, permite al receptor cerrar el recuento autoficcional o autobiográfico con la figuración de la muerte inminente del autor-narrador. Para Ross Chambers (2000: 22) “[i]t is the death of the author that is the condition of textual readability” de los testimonios sobre el VIH/sida escritos antes de la segunda mitad de los noventa.

Aún cuando el VIH/sida continúa movilizando una angustia evidente en no pocas escrituras sobre la condición seropositiva, hacia finales de los noventa las obras comienzan a tematizar otros conflictos relacionados con una ética y estética de la sobrevivencia, y a indagar en otras estrategias de escritura autobiográfica no mediadas por el impulso y el *telos* de la muerte. En las crónicas de Hurtado y Dillon puede leerse el tránsito de una experiencia terminal de la enfermedad a un ejercicio continuado del cuidado de sí que implica la vivencia de un padecimiento crónico, algo que transforma radicalmente la narración del yo, tanto desde el punto de vista del enunciado como de la enunciación. La propia posibilidad de proyectar de manera periódica una columna autobiográfica en medios digitales implica la pérdida de la urgencia de la escritura que condicionara obras como las de Sarduy o Arenas. La cronicidad de la enfermedad permite, de hecho, la posibilidad de la aparición de estas crónicas periodísticas. Son textos que, aún cuando no dejen de consternarse por la muerte que sigue

acaeciendo, se desmarcan de una retórica apocalíptica que determinara la escritura de buena parte de las obras latinoamericanas producidas a inicios de la epidemia (Vaggione, 2013: 39).³

De esta forma, la periodicidad de las crónicas sugiere el devenir en progreso, contradictorio e inestable del cuerpo afectado por el VIH/sida, que se reactualiza de manera contingente en el acto de la escritura. La condición crónica del virus precariza la salud de los escritores, pero no necesariamente reduce la escritura de sus identidades a la condición patológica y/o a la expresión sintomatológica del cuerpo enfermo. Siguen siendo testimonios de dolor y resistencia, a la vez que de pactos y recomienzos, de transformaciones corporales y mentales, de proyectos a corto y largo plazo, de aprendizaje de emociones y nuevas búsquedas de placer erótico; es decir, de la suma de experiencias cotidianas complejas que permite la expulsión de la muerte de un futuro inmediato y tangible, gracias al desarrollo de las terapias antirretrovirales combinadas (TARV, TARGA), que previenen la reproducción del virus y la resistencia de este a los medicamentos.⁴ Para Hurtado, los años transcurridos desde su contagio hasta el momento en que escribe han sido productivos y felices: “Yo, con mis más felices y productivos años; y mi mejor desempeño profesional y humano realizado con, y gracias, y a pesar del mentado síndrome” (2007a).

En ambas compilaciones, *Vivir con virus* y *Crónica sero*, los autores exploran paulatinamente una representación “amigable” del yo con ese otro no-yo biológico (el virus), que de todas formas es percibido bajo la figura del “intruso” –el que ha llegado sin ser invitado–, aun cuando ambas instancias son puras abstracciones retóricas construidas sobre la base de un paradigma inmunitario que refuerza los efectos de frontera; esto es, la ilusión de que son entidades separables, exteriores e invasivas una con respecto a la otra. En esa reconciliación simbólica con el virus “invasor” se manifiesta paulatinamente una conciencia de abdicación frente a la frontera identitaria que impone la condición patológica no reversible: ya no se es posible ser otra cosa que el yo-virus-medicación en que se ha convertido los cuerpos de los narradores. La representación de una corporalidad compleja, habitada por virus, hongos, bacterias; una entidad plural y “monstruosa” que regularmente abyectamos en pos de una definición ontológica del yo. Así se presenta Hurtado en la crónica “Contingencia moral”:

Yo y mis bichos virales felices –a veces adormilados, a veces desenfrenados–; yo y mis hongos, bacilos, algas, gérmenes, protozoarios, y demás maravillas de la dimensión microscópica; yo y mis amigos asesinos oportunistas, democráticos y simbióticos que me habitan (2007a).

³ Pienso en obras de ficción como el cuento “Pandemia” (1989) de la mexicana Gabriela Rábago; la novela *La octava plaga* (1991), de la argentina Julia Chakotura; *Salón de belleza* (1994), del peruano Mario Bellatin; *Paisaje con tumbas pinadas de rosa* (1998), del costarricense José Ricardo Chávez, entre otras. Obras autobiográficas como *Antes que anochezca* (1991), de Reinaldo Arenas, también estarán marcadas esta visión apocalíptica del VIH/sida.

⁴ A pesar de las enormes diferencias geopolíticas con respecto a la accesibilidad a las terapias de última generación, en la XII Conferencia Mundial de SIDA en Ginebra (1998) se propuso reconceptualizar al VIH/sida con el objetivo de definirlo como una infección crónica siempre que se halle bajo tratamiento antirretroviral. Debe precisarse que, sin embargo, *The Gap Report* (UNAIDS, 2014) considera, por ejemplo, que aproximadamente el 45% de las personas viviendo con VIH en Latinoamérica no tiene acceso a la terapia antiretroviral.

El escritor mexicano imagina sus períodos de bienestar físico justamente como una cohabitación armoniosa y cooperativa entre los seres vivos que comparten ese sistema ecológico que es su (el) cuerpo humano: “un zoológico interior de armoniosas fieras que de manera civilizada dialogan, cantan, se reconcilian y hasta me invitan a sus orgías con harto chile” (2008). De esto se deduce que la enfermedad, la salud y lo viral van dejando de ser nociones entendidas como “tenencias” exteriores (algo que se tiene de manera contingente: tener salud o enfermedad, tener el VIH o, incluso, tener un cuerpo), para ser apreciadas como condiciones cada vez más internas e internalizadas.⁵ A diferencia de la imaginaria bélica que las representaciones metafóricas del sida habían movilizado (el combate a nivel celular entre el sistema inmunológico y el virus), Dillon propone un devenir estratégico que renueve agencias e ilusiones, de manera similar a la capacidad replicadora y mutante del virus: “De la misma forma en que muta el virus, nosotros tenemos que ir buscando estrategias nuevas para seguir oponiendo vida a la sentencia de muerte que parece inexorable. Y no lo es”, escribe Dillon en la crónica que abre *Vivir con virus...* Esta mutación no es sólo espiritual, sino que involucra al cuerpo: “Todavía estoy envuelta en el vértigo del cambio. Todavía no entendí del todo hacia dónde y desde dónde muto” (2004: 33).

Transitamos, a través de la narración periódica de la enfermedad, por diferentes etapas en la recepción y reinterpretación médica y cultural del VIH/sida y en transformación de las emociones y de los cuerpos de los cronistas. El controvertido modelo Kübler-Ross (las cinco etapas del duelo establecidas por la psiquiatra del mismo nombre en *On death and dying*), permite complejizar las progresivas respuestas de los autores frente a una enfermedad crónica que se narrativiza como un largo proceso de duelo y aprendizaje. En este caso, la negación y la ira, primera y segunda etapa del modelo Kübler-Ross, se expresan básicamente en las crónicas a través de la resistencia de los escritores a los cambios en los patrones de hábito, y a través de la tensión con respecto a una medicación que se presenta detestable aunque esencial (como se observa en la parodia de Dillon a Hamlet: “Tomar o no tomar el AZT era el tema” [2004: 24]).

La utopía del control autónomo de la enfermedad a espaldas de la medicina alopática, observable en aseveraciones como “[M]i vida no depende sólo de los avances de la ciencia”, o “estoy convencida de que es el amor a la vida lo que me salva de la muerte” (Dillon, 2004: 18; 25), cederá paulatinamente el lugar a la negociación (tercera etapa). Se renuevan los miedos frente a una existencia amenazada que, en ciertos momentos, expone a los autores a la condición mortal de manera más angustiosa. Se comienzan a abrir, entonces, las brechas hacia la aceptación de la cronicidad y hacia la necesidad de la administración responsable de la nueva vida que la condición crónica conlleva, sobre todo porque la muerte por VIH/sida sigue acaeciendo en vidas cercanas cuyas historias serán

⁵ El también periodista argentino Sergio Núñez había narrado en *Vivir con Sida* su incapacidad para imaginar al virus como un huésped tolerable. Cuando el psicoterapeuta le aconseja “amigar[se] con el VIH” (1994: 33), la respuesta de Núñez remite a una convivencia tensional entre su cuerpo y el virus: “Con un nudo en la garganta, le respondí que no podía pedirme eso: que el HIV me había arruinado la vida y no era posible hacerme amigo de mi peor enemigo. A duras penas lograba convivir con él. De modo que mucho menos iba a poder sobrellevarlo si me enfermaba” (34).

narradas por los cronistas, o porque, en definitiva, el virus no pide “permiso para avanzar” (Dillon, 2004: 35) en los propios cuerpos de los autores.

A pesar de las duras referencias a los efectos inmediatos de la medicación (físicos y psicológicos), esta se vuelve rutinaria a la vez que imprescindible con el cursar de los años. La medicación traerá consigo otras rutinas en función de la fidelización al tratamiento crónico (las formas de intercalar en la vida cotidiana la ingesta de unas veinte pastillas diarias, que poco a poco se irán reduciendo con el avance de los cócteles antirretrovirales), al paso que permitirá la recuperación de cierta cotidianeidad y autoestima, perdidas a partir del diagnóstico.

II. CRONIFICAR EL VIRUS: LA NARRACIÓN DE LA RESISTENCIA.

Me parece imprescindible dilucidar algunas especificidades subjetivas que impone la condición crónica de una enfermedad, para apreciar, en su compleja magnitud, los cambios producidos en la enunciación autobiográfica del VIH/sida desde finales de los años noventa hasta el presente. Lo que más sobresale en los nuevos perfiles narrados podría resumirse en la sensación de los autores de ser “corredores de fondo”. Esto es, la demostrada capacidad de reinención y de movilización de diversos recursos para trascender las limitaciones periódicas.

Los estudios psicológicos sobre los pacientes crónicos advierten que, si bien la responsabilidad cotidiana por la salud (la modificación de estilos de vida y conductas, los regímenes, la regularidad de la medicación) puede generar ansiedad, además del persistente recordatorio de la condición crónica, el empoderamiento que proporciona el tomar las riendas del cuidado de sí se convierte en una ganancia psicológica (Michie, Miles, Weinman, 2003: 197). Una alteración patológica no reversible siempre produce una repercusión sobre el estilo de vida del diagnosticado. De modo que “the successful management of chronic illness depends on the active behavioural involvement of the patient” (197). Por este motivo, la condición crónica requiere ser enfrentada desde una serie de exigencias fundamentales que repercuten en la calidad y cantidad de vida: adoptar un papel activo (ser “el gestor del día a día de la condición crónica”); aprender a manejar síntomas menores y reiterados (crear estrategias para solventarlos); controlar el estrés que supone el desafío de la vida diaria; desarrollar emociones positivas que contrarresten las negativas; construir redes de apoyo y resignificar la vida de forma tal que se revalúen las pérdidas y las ganancias, se readecuen las expectativas y se esté dispuesto a encarar nuevas posibilidades de existencia (Campbell, 2006).

Estas expectativas están fundamentadas en el intento de Dillon y Hurtado de narrar la cotidianeidad sin grandes crisis o sobresaltos inesperados, como si la salud fuera, precisamente, el oír y el aprender a descodificar las advertencias que el cuerpo emite. Para el fisiólogo René Leriche, citado por Canguilhem (2004: 62), “[l]a salud es la vida en el silencio de los órganos”. La enfermedad, agrega Canguilhem, no necesita ser formulada; es una cuestión que interroga claramente: uno está sano cuando está volcado en sus hábitos o actividades cotidianas sin tener que escuchar el cuerpo. En “La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica”, Canguilhem comenta además que “[l]a salud es también la vida en la discreción de las relaciones sociales [...] Si digo que

estoy mal, la gente quiere saber cómo y por qué” (62). Desde luego, un concepto de salud biocultural y psicosocial implica otras variables. La OMS (2015) define a la salud como un estado de bienestar físico, social y psicológico, y no como la mera ausencia de enfermedad. De hecho, cuando Dillon decide poner en riesgo su salud física, aferrándose a algún hábito o práctica que realizara antes de su contagio por VIH (como fumar, trasnochar con amigos o renunciar temporalmente a la medicación), lo que está en juego es la búsqueda de un bienestar integral que se base en el equilibrio de todas las esferas vitales, porque la cronicidad, a diferencia de la condición aguda, impone una recuperación paulatina de la cotidianidad:

No se trata solo de vivir. Es decir, no se trata de conservar la vida al precio de no correr ningún riesgo. Ni siquiera es posible elegir qué riesgos correr. Salir de noche, conocer a alguien, aceptar un trabajo o rechazarlo, tener hijos o no, comer una hamburguesa o un choripán mientras sale la luna llena –esta semana está llena–, todo encierra la larva del peligro. ¿Y? Allá vamos (165-166).

La vida crónica con el virus que retorizan Dillon y Hurtado relativizaría, de esta forma, las ideas de Canguilhem, justamente desde la brecha subjetivista que el epistemólogo francés establece para la diferenciación entre salud y enfermedad: la “salud” resulta ser, también, la vida vivida en –o a pesar de– el rumor de los órganos y, sobre todo, en la indiscreción de las relaciones sociales. En palabras de Dillon, “es posible vivir con vih y hablar de la vida y morir de risa y querer gozar del sexo y excederse de tanto en tanto y trabajar y enamorarse y tener hijos y ser feliz y triste y...” (1998: 7-8). Es también posible aprender a escuchar el cuerpo sin que ello signifique presentizar el malestar de la enfermedad:

Le conté que tenía vih, que me estaba cuidando mucho, que había cambiado mi dieta y que por primera vez en mucho tiempo sentía que estaba trabajando por mí. [...] A veces asocio este estado de gratitud hacia la vida con mi embarazo. Soy consciente de cada cosa que me sucede. Escucho lo que mi cuerpo trata de decirme con la misma atención con que contaba las patadas de mi hija. Estoy gestando algo, una vida distinta, me estoy pariendo aunque sea con dolor (1998: 19).

Desde el punto de vista psicológico, el virus resulta también un activador de mecanismos secretos que no necesariamente representan ruidos adversos del cuerpo o traumas emocionales. En otra crónica, la escritora argentina afirma: “me gusta pensar que para mí tener vih fue como escuchar un despertador. [...] Salí del letargo de una vida anestesiada. Empecé a tener conciencia de cada uno de mis pasos, mis afectos, mis posibilidades” (Dillon, 2004: 27). En el caso de los cronistas que me ocupan no se trata de la sublimación de la agonía o del enaltecimiento de la excepcionalidad que conduce a una interpretación de la enfermedad terminal como don, es decir, evento que favorece la adquisición de un saber esencial, como es el caso del escritor Hervé Guibert a inicios de los noventa. Se trata, por el contrario, de un aprendizaje forzoso, pragmático, en el que radica buena parte de la sobrevivencia. Durante el proceso de reconstrucción de límites y posibilidades que la condición crónica impone, adviene otra subjetividad y otro cuerpo. En una entrevista a propósito de *Crónica Sero*, Hurtado comenta la conciencia de ese devenir *otro* después de más de veinte años de portador

de VIH/sida, lo que ha moldeado su personalidad y su manera de interactuar con el mundo: “Me explico: ya no puedo vivir sin el sida. No sabría cómo dialogar con la vida ni con la muerte” (Hurtado en Brito, 2003).

Podríamos precisar que en ambos autores lo que se cuestiona fundamentalmente es la salud como valor supremo y norma ideológica de la sociedad neoliberal (Giorgi, 2009: 20). Dillon y Hurtado remiten a un acervo común sobre la medicalización contemporánea en pos del bienestar que supone, a fin de cuentas, la persistencia de la no-salud en formas de micro-malestares cotidianos, altamente medicalizados, como parte de los cada vez más exigentes estándares de calidad de vida y optimización de la salud neoliberales. Justamente la medicalización contemporánea y la mayor esperanza de vida ha posibilitado un cambio en el patrón de enfermedades poblacionales de países desarrollados o en vías de desarrollo, verificándose un descenso de enfermedades infecciosas y/o agudas, y un aumento de enfermedades crónicas (Martos, Pozo, Alonso, 2010: 15–16).⁶

Los autores apelan, por consiguiente, a la condición más familiar para el lector de saberse ubicados en un estado intermedio, *entre* la salud y la enfermedad, aún cuando el mito de la “Gran Salud”, explica Lucien Sfez (2008: 25- 37), siga articulando las nuevas mitologías contemporáneas e, incluso, una nueva moral de época, estructurada sobre la base de determinadas prácticas cotidianas y estilos de vida medicalizados. Lo que Foucault llama “medicalización indefinida” en el siglo XX (es decir, la ingente oferta de salud que sobrepasa la mera demanda del enfermo y los objetos tradicionales de la intervención médica –las enfermedades–, la estatalización de la medicina y el creciente fomento de tecnologías de medicalización colectiva, de administración médica y de generación centrípeta de riquezas [1996: 75-80]), ha derivado en la “diabólica” situación contemporánea de que “cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado” (Foucault 1996: 78). Para Alicia Stolkiner (2013), en la actualidad el motor de la medicalización neoliberal resulta ser, no ya la optimización biopolítica de la población, como lo enfocará primordialmente Foucault, sino la incorporación de la vida y la salud al proceso mercantil. Esta “mercantilización de los servicios de salud” está sostenida por dos grandes fuerzas corporativas globales –argumenta Stolkiner–: “las aseguradoras que forman parte de la acumulación financiera de capitales sociales y las industrias de aparatología y farmacología médica”.

De esta forma, el nomadismo frecuente entre el malestar y el bienestar narrado por los cronistas define la condición del sujeto del siglo XXI, atrapado en complejas redes de patologización y tratamiento de su vida cotidiana, desde determinados estados anímicos (como la timidez o el duelo), procesos fisiológicos naturales (como la vejez o la menopausia), y situaciones sociales o conflictos circunstanciales de la vida diaria (como despidos laborales, divorcios), a lo que debe sumársele, entre otros efectos de la medicalización, la sobreexposición a altas tecnologías de diagnóstico, el

⁶ Según un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008), “Las muertes causadas por las enfermedades infecciosas serán reducidas por un 3% durante el próximo decenio En contraste marcado, las enfermedades crónicas –que ya constituyen el 72% de la carga mundial de la enfermedad en las personas mayores de 30 años de edad– aumentarán un 17%” (2). Las enfermedades crónicas –continúa el reporte– son la principal amenaza a la salud pública y a los presupuestos para la salud en todo el mundo.

tratamiento preventivo de enfermedades subclínicas, la construcción de índices de prevalencia de enfermedades o síntomas irrelevantes, o la definición de nuevas patologías y entidades mórbidas (el proceso conocido de manera peyorativa como “disease mongering”).⁷

La exposición de un espacio “interior” –el cuerpo humano– regido por la omnipresencia de los tratamientos y la ingesta de medicamentos, se abre a una exterioridad en la que es imposible hallar ese territorio ajeno a la medicalización del que habla Foucault: la sexualidad o la vida íntima, las relaciones sociales, el trabajo...; cualquier resquicio de la vida de los cronistas está marcado por la presencia de rituales médicos de larga duración y de fiscalización de la salud. Porque sí, por una parte, el desarrollo médico garantiza la vida de los seropositivos, por otra parte crea nuevos cuerpos y agenciamientos rizomáticos, a partir de una relación de dependencia significativa con la maquinaria médica que los disciplina, que los encuadra en políticas estatales de salud y prestaciones sociales, y que los hace dependientes del control administrativo de su enfermedad crónica. La muerte, en tal caso, no necesariamente viene de la mano de la ineptitud del médico o de la malignidad del virus, sino de la crisis del Estado a la hora de afrontar la epidemia: “[S]i me muero, échense la culpa a los burócratas” (199), acusa Dillon a la inoperante Obra Social gracias a la cual recibe, de manera ineficiente, el cóctel antirretroviral.

Como ha explicado Lina Meruane, las crónicas de Dillon ejemplifican “el modo en que lo personal revierte en una posición radicalmente política” (2012: 84). Lo mismo sucede, de manera aún más clara, en los textos de Hurtado. Sobre todo porque el cuerpo que se somete a la medicación, al disciplinamiento a nivel orgánico de una rutina química que impone trastornos físicos y psicológicos relevantes, vive la sobrevida gracias a unos cócteles antirretrovirales subvencionados por el Estado, que a veces escasean o no llegan a tiempo. En los dos casos, el alto costo de la medicación será asumido por un gobierno en crisis cuyos exiguos presupuestos de salud ponen continuamente en riesgo la estabilidad de los tratamientos y, por ende, la vida de los ciudadanos (Meruane, 2012: 84-85), ya sea por el desabastecimiento público de medicamentos causado por las crisis económicas que afectan a la región o, como denuncia Hurtado, por el mal desempeño y la corrupción de gestores públicos, plegados a las exigencias de aseguradoras y farmacéuticas.

“La falta crónica de medicamentos, la entrega fraccionada” (Dillon, 2004: 202), sumará otra temporalidad angustiosa a la cronicidad del virus e intensificará el riesgo de que la enfermedad avance peligrosamente. En la crónica del 3 de mayo de 2012 titulada “Burocrasida”, Hurtado narra las gestiones infructuosas que hace en pos de un medicamento (un día de la “larga cadena de abuso, ineficiencia y maltrato” que sufren los pacientes crónicos en México). Cuando le explican que el fármaco que lo mantiene saludable se ha dejado de comercializar de improviso, el sinsentido de la anécdota narrada hace evidente la precariedad en términos de salud de una ciudadanía que depende de intereses macroeconómicos que trascienden las necesidades individuales (“Me aconsejan que mejor vaya con mi médico para que me prescriba otro fármaco bajo los nuevos lineamientos de la

⁷ El término fue introducido por Lynn Payer en *Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick* (1992).

Secretaría de Salud federal. La mentira me trastorna, pero de plano me enloquece la sugerencia de los burócratas para que de un día para otro modifique un esquema que me ha mantenido con una carga viral en niveles indetectables” [2012]).

La relación sustancial con la droga que los hace vivir, y con las instancias que deberían garantizar su suministro (y, por consiguiente, su vida), crea una zozobra compleja en cuerpos y subjetividades medicalizadas como las de Dillon y Hurtado. “El verde es esperanza” –ironiza Hurtado (2003: 91) refiriéndose al dólar que asegura la medicación–; por eso, “cuando no hay dinero en el país [...] para mis comanches, las sidolocas” (92), adviene esa vida pre–medicalizada del enfermo que, dada la desatención estatal, vive como en estado de naturaleza. El símil se convierte en un hecho en Hurtado: se va a los campos en busca de otro verde que le restituya la esperanza a falta de medicinas.

En reiteradas crónicas se enfoca la simultaneidad de diferentes posibilidades de vivir la enfermedad en contextos como los argentinos y mexicanos –y por extensión, latinoamericanos–, donde la desigualdad de acceso a los servicios de salud define el contraste entre la cantidad y la calidad de vida de los individuos. Así lo deja claro Dillon: “Hoy la posibilidad de vivir con vih sin síntomas de enfermedad es mucho más cierta. Pero no es para todos. No para los que dependen de la asistencia del gobierno” (2004: 56). En los textos de Hurtado, por ejemplo, se narra el acoso que reciben los médicos por parte de las aseguradoras (2003: 95); el costoso acceso a pruebas diagnósticas (“el exótico mundo de las cuentas virales que sólo, y para desgracia de mi bolsillo agujereado, se mandaban a hacer a los Estados Unidos” [99]); el cruce de la frontera entre Estados Unidos y México en pos de la medicación antirretroviral (que “en el lado americano, en el Mercy Hospital” no logra recibir: “nos atienden afablemente, pero con un cariño que no acepta moneda mexicana” [32]).

Para lidiar con las flagrantes limitaciones al derecho a la salud pública, administrado con criterios de equidad y universalidad, Dillon y Hurtado apuntan hacia un actor reticular que funciona cubriendo las fallas de las instituciones del Estado. Se proyecta, de esta forma, una agencia en común que opera de manera subterránea a los flujos de mercado:

El viernes nada más estuve corriendo detrás de los laberintos burocráticos de un laboratorio. Inmediatamente se armó una cadena que sostuvo mi medicación hasta hoy. [...] Por un lado la angustia [...]. Por otro la solidaridad inmediata, la sonrisa del que consigue un resultado para mí, y para los demás que estamos en la cadena frágil de no cortar la medicación. Que un laboratorio monopoliza para asegurar su dinero y complicarnos la vida. [...] No [estoy] del todo sola: siempre tengo una red donde dejar caer la ansiedad de algo más. [...] Porque no hay un relato lineal de los días. Hay un ir y venir, un dar y tomar por la misma senda. [...] Solidaridad. Cooperativa. Tómalala vos, dámela a mí. Todos para uno y uno para todos. Y a veces funciona. A veces resulta que es así como se engarzan los sentimientos. En algo que ponemos en común (Dillon, 1998: 49).

III. DESAFÍO CRÓNICO: EL DEVENIR DEL CUERPO MEDICALIZADO

La escritura de la condición crónica del VIH en ambos autores permite la introducción de otros registros más íntimos, referentes a la transformación del cuerpo como resultado de la medicación, y al impacto psicológico que esto ocasiona. La narración del VIH/sida derivará, paulatinamente, hacia la

representación de complicaciones imprevistas causadas por los efectos secundarios, a largo plazo, de los tratamientos químicos. Se abre una dimensión más personal que enfrenta a los cronistas a un proceso de extrañamiento y (re)conocimiento que, en el caso de Dillon, será documentado desde la sublimación y metaforización del cambio –sin negar el impacto psicológico que este proceso implica–, y en Hurtado, preferentemente, desde la acrimonia y el sarcasmo. La recontextualización de las etapas de depresión y aceptación (con las que concluye el proceso de duelo sistematizado por Kübler-Ross) puede ser utilizada para describir productivamente este nuevo proceso de duelo que impone la cronicidad y que implicará la necesaria aceptación o tolerancia de las transformaciones corporales, aun cuando esto venga de la mano de estrategias como la revalorización de la espiritualidad, la radicalización de una posición crítica con respecto a las exigencias estéticas de la sociedad o, incluso, la decisión de pasar por el quirófano para hacer las correcciones que permitan una mejor calidad de vida. La medicación exitosa desde el punto de vista del control viral (los pacientes pueden vivir con índices indetectables del VIH) origina, en cambio, severos efectos secundarios como la lipodistrofia. Esta es un evento metabólico adverso, frecuente durante la terapia antirretroviral combinada, que consiste en la hipertrofia y atrofia de las grasas corporales, entre otros trastornos metabólicos específicos, y que afecta la calidad de vida y la salud mental de pacientes expuestos de manera permanente a los medicamentos antirretrovirales de primera generación (Verolet, Delhumeau-Cartier, Sartori 2015).⁸ La ansiedad y la depresión derivada de la condición seropositiva se acentúan a partir de los síntomas lipodistróficos que, por otra parte, sólo tiene reversibilidad limitada, pues los daños causados al tejido adiposo necesitan de una intervención quirúrgica (cirugía estética) para su reconstrucción.

Este conflicto con el cuerpo que deviene extraño a causa de los efectos secundarios de la medicación se aprecia en varias crónicas de Hurtado publicadas en su columna de *La Jornada*, posteriores a la compilación de 2003. En la crónica “Pánico escénico”, del jueves 1 de marzo de 2007, aquel apunta con sarcasmo:

La deformación del cuerpo y el rostro a causa de la lipodistrofia asociada a las terapias del sida ha operado una reacción insólita en algunos de nosotros: reírse de uno mismo. Una sonrisa que, si sincera, es la mueca del gato: feroz, suprema. [...] De noche todos los gatos son pardos. Y todos los monstruos del sida somos Nicole Kidman. Ni más ni menos. Dios bendiga las tinieblas (2007 b).

Los dos escritores evocan una especie de nuevo “estadio del espejo” en el que se produce la identificación con la alteridad que se “es”. La imagen que se exhibe en el espejo, que no es cóncavo, aunque el resultado de lo que se describe así parecería confirmarlo, desafía de manera frontal los ideales de belleza basados en la proporción de las formas corporales. Describir este cuerpo otro y presentarlo en el espacio público del periódico, se convierte en una arriesgada estrategia de

⁸ Las partes del cuerpo del paciente comprometidas por la hipertrofia van a ser, fundamentalmente, el abdomen, el cuello y los senos; mientras que los brazos, las piernas, las mejillas y los glúteos serán las zonas donde se presentarán signos de atrofia. Dillon y Hurtado tematizarán las diferentes transformaciones de estas partes del cuerpo que afectarán, de manera directa, la autoestima de los escritores, así como la percepción de los que les rodean.

“reproductibilidad” que rebaja, en este caso, el aura del cuerpo “monstruoso”, revelando los perfiles hipertrofiados, sacando a la luz lo reprimido para domesticarlo. Como explica Dillon: “Hay un duelo sin fin al que me resisto. Me miro en el espejo –otro ejercicio interminable– y me cuesta reconocerme. Por estos días son las formas que me asaltan, como si pertenecieran a alguien más que ocupa mi lugar en el espejo, alguien con quien tengo que identificarme” (2004: 135).

Estas transformaciones llevan a Dillon a la incertidumbre sobre la pérdida o no de algo “fundamental” más allá de la morfología. Lo que se somete a consideración acá es la existencia o no de algo “propio”, y cuál es el límite de lo propio –que una expropiación violenta, como la que supone determinados síntomas o tratamientos médicos, deja incólume. La aceptación del nuevo cuerpo viene de la mano de la creencia en algo que permanece a salvo, no modificado por las contingencias que origina el reacomodo de las formas corporales:

Como una muñeca rusa puedo quitarme una y otra vez el mismo disfraz, pero por debajo siempre estaré yo tensando el hilo de mi identidad para que sobreviva aun cuando no quede nada de las señales externas [...] Me miro al espejo. Me miro a los ojos en el espejo y descubro en ellos la chispa que dice mi nombre (2004: 145–146).

Si se tiene en cuenta que la sociedad ha demandado, fundamentalmente de las mujeres, el despliegue del atractivo físico, puede entenderse que los cambios corporales producidos a partir del diagnóstico afecten en buena medida la autoestima femenina y también incidan en la búsqueda o conservación de empleo y de pareja.⁹ De esta forma, Marta Dillon, después de constatar en reiteradas crónicas el proceso de duelo a causa de la lipodistrofia que la aqueja, proyecta reconciliarse con su cuerpo para transmitir a su hija una experiencia que disemine los estrechos conceptos de la belleza. La imaginación del cuerpo de su madre martirizado por los “grupos de tareas” parapoliciales que intervinieron en el secuestro, tortura y desaparición de militantes políticos durante la dictadura en Argentina, le permite a Dillon establecer un pacto de resistencia emocional frente al VIH/sida. Asimismo, a través de la aceptación de su propio cuerpo marcado por la enfermedad y de su propia resistencia a la victimización, la autora lega a su hija una lección de vida relacionada con la aceptación de la diferencia:

Muchas veces, cuando me miro en el espejo y me descubro otra, más vieja, más flaca, más gorda o más fea [...] pienso en mi hija que ahora mismo se desconcierta frente a los prometedores cambios de su cuerpo. ¿Cómo le voy a hacer creer que no existe una sola forma de ser hermosa, que no hay que comprar lo que te vende el mercado de la anorexia, si me la paso lamentándome por mi cuerpo perdido? (2004: 146).

La pregunta por la identidad que genera la alienación del cuerpo propio se hace más radical en Joaquín Hurtado cuando narra no sólo la mutación sufrida a causa de los efectos secundarios de los medicamentos, sino también a causa de cirugías estéticas fallidas. En el caso de Hurtado lo que más se

⁹ Algunos estudios afirman que las mujeres tienen más probabilidades de presentar síntomas de depresión o ansiedad a causa de la lipodistrofia en comparación con los hombres (46,0 frente a 26,9%) y por ende, suelen reportar una menor calidad de vida que estos (41,4 frente a 59,9%). Los hombres parecen estar más afectados por la lipoatrofia, mientras que las mujeres sufren principalmente a causa de la lipohipertrofia (Verolet *et al.*, 2015).

compromete en este proceso será su rostro, seña de identidad por excelencia. Como explica Susan Sontag, aquellas enfermedades que dejan huellas en los rostros han resultado, históricamente, las más temidas y también las más metaforizadas:

Our very notion of the person, of dignity, depends on the separation of face from body, on the possibility that the face may be exempt, or exempt itself, from what is happening to the body [...] The marks on the face of a leper, a syphilitic, someone with AIDS are the signs of a progressive mutation, decomposition; something organic (Sontag, 1989: 40–41).

En “Mi lipo”, Hurtado, con su peculiar ironía y distanciamiento, resume el proceso de aceptación/rechazo, doblemente doloroso, por el que tuvo que transitar después de someterse a cirugías de corrección. Finalmente, explica Hurtado, abandona el proyecto de modelar su rostro, lo que significaría, en sus palabras, seguir habitando “la órbita de los monstruos”:

Hace muchos años la lipodistrofia empezó a desfigurarme de manera despiadada. En su arbitrario proceder abrió surcos, reseco valles, erosionó lomas y levantó mesetas por todo el territorio corporal. [...] La familia hizo una colecta y mis amigos facilitaron un cirujano plástico para tratar de revertir el estigma de mi cadavérico perfil. [...] Una sustancia europea prometía regresarme al círculo de los simples feos y abandonar la órbita de los monstruos. Mi alma feliz por banal y vanidosa. [...] Pasaron los años y los cachetes de mentira fueron migrando como placas tectónicas, flotando en la deriva caprichosa de mi beldad postiza. Inútil fue cualquier intento por reacomodarlos manualmente. El tormento se me clavaba en los intersticios pellejados. Punzadas de vidrios afilados, avispas amarillas, hormigas guerreras me coloreteaban de rabioso rubor. Abandoné el proyecto de modelar mi desmejorada efigie. La ley de la gravedad esmirrió la silicona. [...] El flanco derecho se chupó más que el zurdo. Como nunca me descubrió el Almodóvar que eternizó a Rosy de Palma, perdí mis esperanzas de convertirme en su fetiche (Hurtado, 2001).

Desde el auto-escarnio y el subrayado de su condición “monstruosa”, Hurtado interpela los dominios disciplinarios de la “rostridad”. El suyo es un rostro que escapa, incluso, a la espectacularización de la diferencia (convertida en objeto de consumo); es una “máquina de guerra” que emplaza e incomoda al receptor. Si como habría declarado Michel Foucault (1995: 29) en la introducción a *La arqueología del saber*, se escribe para “perder el rostro”—escritura como laberinto, como empresa de retrocesos e itinerancias inciertas—, podrían leerse las crónicas comentadas, en el marco de las narrativas del sida, como escrituras deliberadas de “desrostrificación”—algo que, como narra Hurtado, va más allá de una metáfora—. En este caso se trata de arremeter contra la identidad “molar” en pos de (des)identificaciones tráfugas, nómadas.

En las crónicas analizadas emerge la tensión entre la necesidad de apelar a la identidad, en su función nemotécnica, terapéutica y reivindicativa, y la puesta en crisis de esta por medio de representaciones inestables y problemáticas del cuerpo y la subjetividad. A diferencia de discursos autobiográficos o memorialísticos tradicionales, cuya estructura y recursos formales intentarían suturar las discontinuidades en función de una progresión teleológica del devenir personal, las crónicas inscriben la condición de *works in progress* de cada presente renovado; las adversidades,

sorpresas, retrocesos e identidades emergentes y/o circunstanciales que son asumidas cuando de vivir (con o sin sida) se trata.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- BIELSA, Esperança (2006). *The Latin American Urban Crónica: Between Literature and Mass Culture*. Lanham: Lexington Books.
- BRITO, Alejandro. “**Con el diablo en el cuerpo**”, *Letra S*. 4 de diciembre (2003).
- CAMBELL, Bruce F. (2006). *The Patient's Guide to Chronic Fatigue Syndrome [and] Fibromyalgia*. Palo Alto: CSH Press.
- CANGUILHEM, Georges (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CHAMBERS, Ross (2000). *Facing It. AIDS Diaries and the Death of the Author*. Michigan: University of Michigan Press.
- DICKINSON, Peter (1995). “Go-go Dancing on the Brink of the Apocalypse: Representing AIDS”, en DELLAMORA, Richard (ed.), *Postmodern Apocalypse. Theory and Cultural Practice at the End*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press: 219-240.
- DILLON, Marta (1998). *Convivir con virus*. [Buenos Aires]: Editorial La Página.
- DILLON, Marta (2004). *Vivir con virus: Relatos de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- FOUCAULT, Michel (1995). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Editorial Altamira.
- GIORGI, Gabriel (2009). “Después de la salud: la escritura del virus”. *Estudios* 17, 13- 34.
- HURTADO, Joaquín (2003). *Crónica sero*. Monterrey: Fondo Estatal para la Cultura y las Artes de Nuevo León; México D.F.: CONACULTA.
- HURTADO, Joaquín. “**La antipatía activa por la muerte**”. *Letra S* 108 (2005), 7 de julio.
- HURTADO, Joaquín. “**Contingencia moral**”. *Letra S* 129 (2007a), 12 de abril.
- HURTADO, Joaquín. “**Pánico escénico**”. *Letra S* 128 (2007b), 1 de marzo.

- HURTADO, Joaquín. “Yoga”. *Letra S* 148 (2008), 6 de noviembre.
- HURTADO, Joaquín. “Mi lipo”. *Letra S* 179 (2011), 2 de junio.
- HURTADO, Joaquín. “Burocrasida”. *Letra S* 190 (2012), 3 de mayo.
- KÜBLER- ROSS, Elisabeth (1969). *On Death and Dying*, New York: The Macmillan Company.
- LANZA LOBO, Cecilia (2004). *Crónicas de la identidad: Jaime Sáenz, Carlos Monsiváis y Pedro Lemebel*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Ediciones Abya-Yala; Corporación Editora Nacional.
- MERUANE, Lina (2012). *Viajes virales: la crisis del contagio global en la escritura del sida*, Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- MICHIE SUSAN, Jane Miles y WEINMAN. John. “Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter?” *Patient Education and Counseling* 51 (2003): 197-206.
- NÚÑEZ, Sergio (1994). *Vivir con SIDA. Seis años de un portador*. Buenos Aires: Ediciones de la Urraca.
- ROTKER, Susana (1992). *La invención de la crónica*, Buenos Aires: Ediciones Letra Buena.
- SONTAG, Susan (1978). *Illness as Metaphor*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- SFEZ, Lucien (2008). *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- STOLKINER, Alicia I. (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”. Facultad de Trabajo Social: Universidad Nacional de La Plata.
- VAGGIONE, Alicia (2013). *Literatura / enfermedad. Escrituras sobre sida en América Latina*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados.
- VEROLET, Charlotte, *et al.* (2015). “Lipodystrophy among HIV-infected patients: a cross-sectional study on impact on quality of life and mental health disorders”, *AIDS Research and Therapy*.



Etnografía de una enfermedad social (1994 - 2017)

Ethnography of a social disease (1994-2017)

PEPE MIRALLES

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALÈNCIA (ESPAÑA) jmiralle@pin.upv.es

Profesor y artista visual, en los últimos años ha impartido distintos seminarios y conferencias, participado en congresos y creado grupos de trabajo artístico, todo ello relacionado con las problemáticas que el VIH/Sida y la homosexualidad han evidenciado en los contextos sociales. Sus trabajos visuales circulan entre el espacio público, la imagen y la información, utilizando la figura del proyecto como eje genérico de su trabajo.

En los tramos de hospitalización domiciliaria, que atendíamos por turnos un grupo reducido de sus amistades, un día le pregunté si me proporcionaba los restos del material sanitario que estaba utilizando. Tenía que hacer una exposición y había algo en aquellos objetos que lograba vincularse con otros trabajos anteriores. De esta manera podría continuar con el intento de construir una etnografía del sida, un tema en el que andaba metido desde hacía ya unos años. Aceptó sin dudar. A partir de entonces, las cosas que Juan Guillermo utilizaba, me las guardaba dentro de bolsas de plástico. A la sazón no sabía que, de alguna manera, me estaba dando su cuerpo a trozos.

Botes de plástico con fórmulas magistrales que habitaban inútilmente en su estómago; bolsas con hierbas que circulaban en caída libre a través de su esófago tres veces al día, y que compró a un farsante que le aseguraba que con eso se curaría; jeringuillas con las que atravesábamos sus venas y nalgas esperando una mejoría del presagio semanal; gasas manchadas de antiséptico para desinfectar las heridas, porque había que poner mucho cuidado en eliminar los gérmenes externos que pudieran infectar su cuerpo vulnerable; guantes médicos que mitigaban el temido contacto con su sangre; bolsas de suero glucosado para tratar la pérdida de fluidos y dar aporte calórico a todo el organismo; paquetes de gasas para limpiar su piel irritada; frascos para almacenar medicamentos inyectables que aliviaban su dolor; catéteres de inserción venal que como bocas de hombre mantenían el cuerpo

Miralles, Pepe.

“Etnografía de una enfermedad social”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 279-288.

DOI: 10.7203/KAM. 10.11033 ISSN: 2340-1869

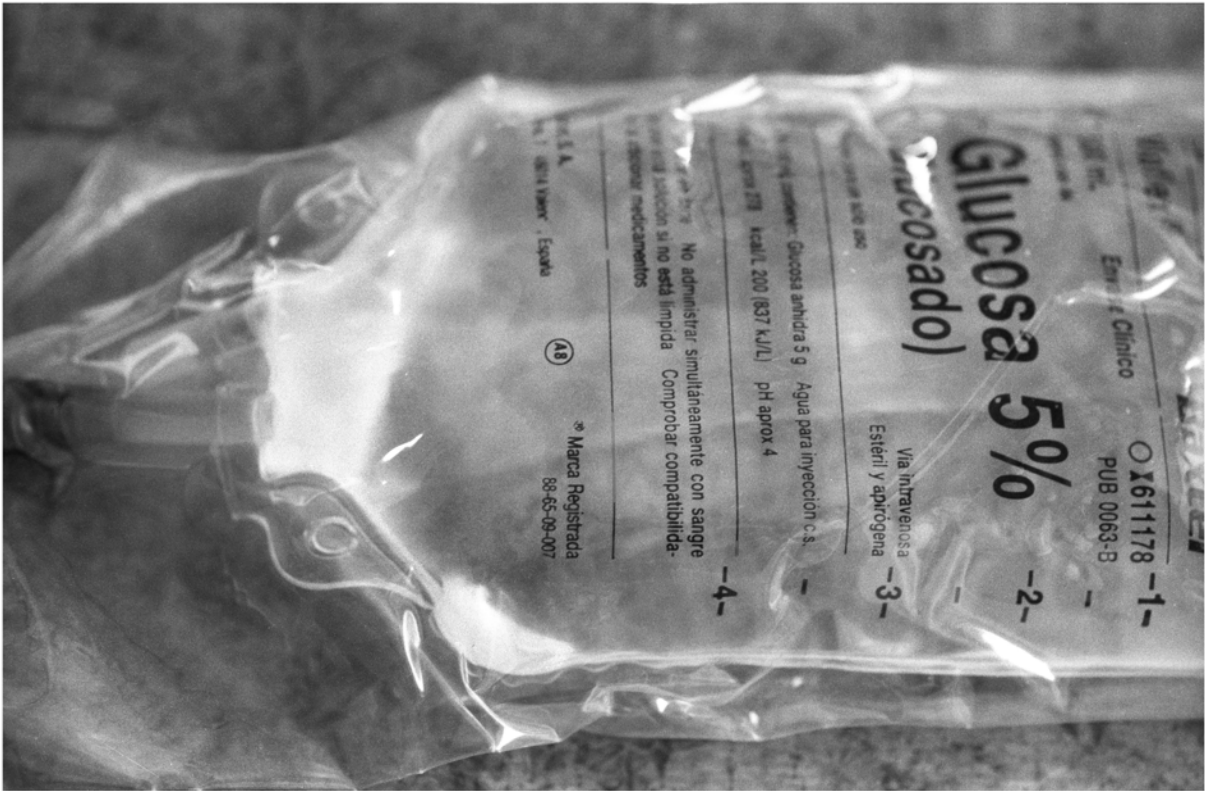
abierto para los goteros diarios; termómetros que median su fiebre persistente; pomadas que calmaban sus erupciones cutáneas; apósitos adhesivos para cerrar sus heridas; contenedores de residuos para agujas en los que se almacenaban de manera segura sus desperdicios; sistemas de infusión de suero que trasladaban el líquido inútil desde su recipiente suspendido a su cuerpo tendido; láminas elásticas autoadhesivas para asegurar que sus canales abiertos no se movieran; blíster para cápsulas que almacenaban ordenadamente su esperanza; cajas de AZT cuyo eco era inaudible.

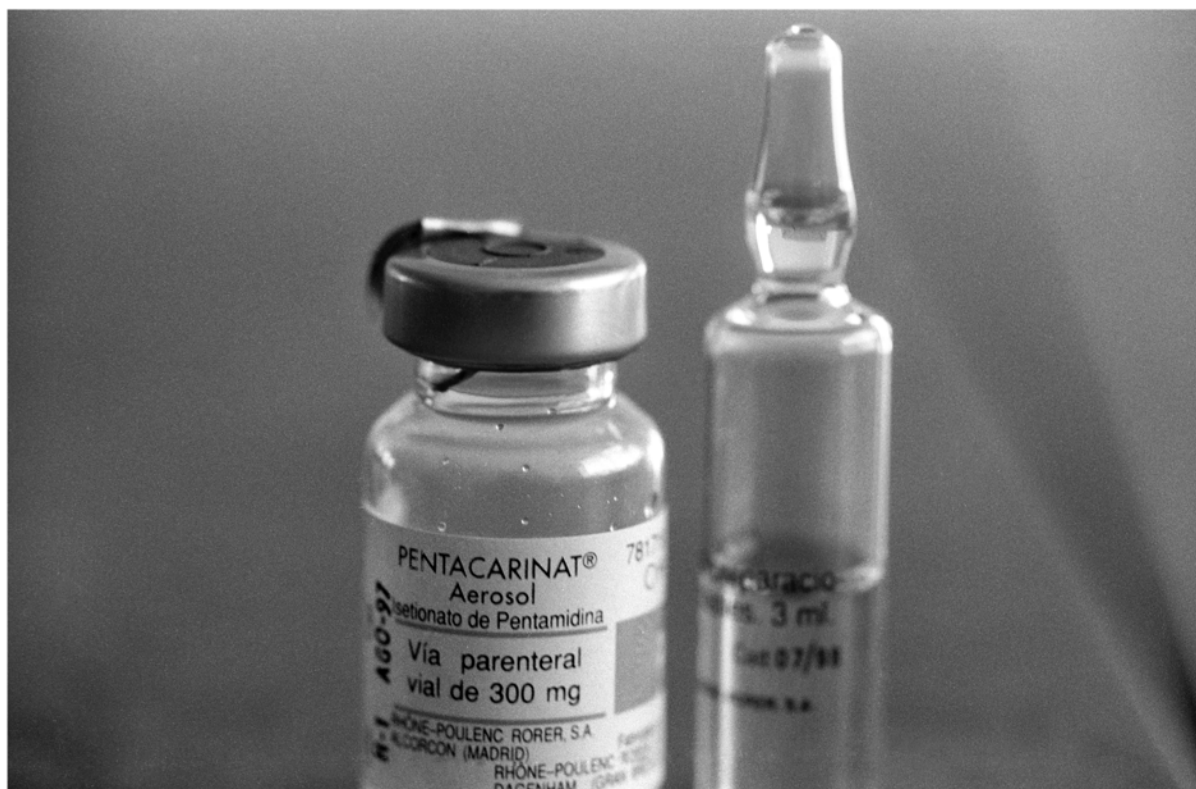
Todos estos objetos fueron convirtiéndose en una colección de recuerdos, huellas e identificaciones que estaban preparándose para paliar la ausencia del cuerpo, ya que luego lo sustituyeron; y del tiempo, dado que su presencia rememora su uso y los ritos asociados que pautaban los momentos del día.







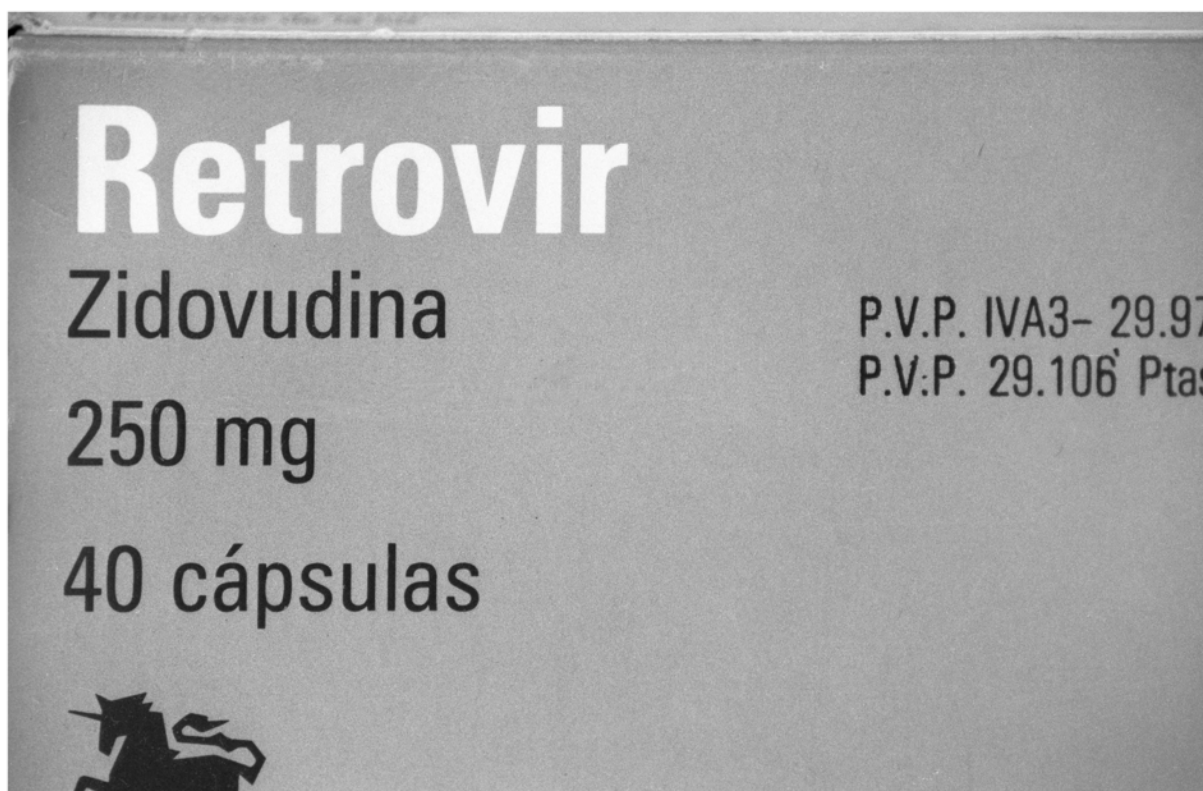














VADEMÉCUM POÉTICO.

DEVENIRES MÁS ALLÁ DE LA MEDICALIZACIÓN EN ONCOGRRRLS

Poetic Vademecum. Becomings beyond medicalization in oncogrrrls.

CAROLINA NOVELLA

UNIVERSITY OF CALIFORNIA, DAVIS (EEUU) cnovella@ucdavis.edu

Licenciada en Comunicación (Barcelona), máster en Comunicación y Danza para el cambio social (Ohio, EEUU) y doctorando en Estudios Performativos y Teoría Feminista (California, EEUU). Activista, artista e investigadora, en su trabajo crítico y performático insiste en perturbar normatividades corporales. Su tesis *on.co.laboring* explora las posibilidades del ensayo creativo colaborativo como potencia para desestabilizar el binario salud-enfermedad. Su investigación ha sido publicada recientemente en *Performance Research*, *Queering Paradigms* y *TDR Drama Review*.

RECIBIDO: 8 DE SEPTIEMBRE DE 2017

RESUMEN: oncogrrrls es un proyecto de creación artística, activación política y generación de conocimientos situados en torno a la experiencia oncológica junto a mujeres y disidentes de género. En el marco del laboratorio oncogrrrls llevado a cabo en Diciembre de 2016 en varias ciudades del Estado Español y en respuesta a las experiencias de aislamiento y desactivación afectiva/política/erótica, nos planteamos la pregunta: ¿Cómo podemos devenir más allá de la medicalización? Esta investigación, tomando el método PaR (practice as research) propio de los Estudios de Performance, usa pautas performativas como método y ofrenda. Estas pautas devienen invitaciones a erotizar, suavizar, enmarañar y ritualizar, así como a co-componer un vademécum poético; prácticas de ensayo para generar un onco-cuerpo múltiple, situado y relacional.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Performance, Práctica como Investigación, Ensayo, Activismo, Feminismo, Pautar, Erótica, Ritual.

ACEPTADO: 20 DE DICIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: oncogrrrls is an artistic, activist and situated knowledge-making project with women and queer individuals about the oncological experience. In the context of the laboratory-rehearsal held in several cities across Spain on December 2016, and in response to oncological experiences of isolation and affective/politic/erotic deactivation, we inquired: How can we become beyond medicalization? This research, grounded on the Performance Studies method PaR (Practice as Research), uses performative scores as method and offer. These scores become invitations to eroticize, soften, entangle and ritualize, as well as to co-compose a poetic vademecum; rehearsal practices to enact a situated, multiple and relational onco-body.

KEYWORDS: Cancer, Performance, Practice as Research, Rehearsal, Feminism, Activism, Scoring, Erotic, Ritual

Novella, Carolina.

“Vademécum Poético. Devenires más allá de la medicalización en oncogrrrls”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 289-316.

DOI: 10.7203/KAM.X10.10643 ISSN: 2340-1869

NOTAS PREVIAS-INTRODUCCIÓN

Nota 1. El siguiente artículo es, a la vez, práctica investigadora, creación cultural y reflexión sobre la praxis transfeminista en el proyecto oncogrrrls¹. En él recojo las prácticas y reflexiones que emergieron durante el laboratorio-residencia que tuvo lugar en diciembre de 2016 en varias ciudades del estado español y que nombramos, junto al grupo de personas que lo activamos,² “Devenires más allá de la medicalización”. Por su formato híbrido propio de la metodología de investigación Practice as Research, este artículo hace práctica-teórica. Esta metodología de investigación fragmenta el binario práctica-teoría habitual en la academia, ya que parte de la noción de que “el conocimiento formado mediante el proceso material del performance es equivalente al conocimiento producido mediante modos especulativos y analíticos” (Lewis y Tulk, 2016). Como orientación a la lectura, primero sitúo el proyecto oncogrrrls como ensayo y en el marco feminista de la ciencia y de performance, luego describo el proceso que desarrollamos en el laboratorio Devenires más allá de la medicalización con notas extraídas de la documentación del proceso y finalmente presento las piezas artísticas emergentes de este proceso que son a la vez práctica y teoría, método y concepto. Añado una conclusión con un análisis de los hallazgos del laboratorio como prácticas para generar nuevas relaciones oncológicas.

Nota 2. Dado el formato híbrido de análisis-práctica del presente artículo, así como el modo de co-creación/investigación propio de los laboratorios oncogrrrls, los pronombres personales en su forma primera del singular y primera del plural se entremezclan, a menudo, creando una polifonía de voces investigadoras fluida, donde la opacidad opera como modo de autoría múltiple. En el apartado donde presento la pieza artística ‘Vademécum Poético: Pautas para Devenir’, la multiplicidad de autoras y audiencias es particularmente sensible, pues no sólo emerge de las voces de múltiples co-creadoras, sino que desea ofrecer pautas para que otras creen su propia diferencia.

Nota 3. A pesar de que este artículo no pretende hacer un análisis de género de las piezas artísticas emergentes, la norma de género se materializa de múltiples maneras a lo largo del texto, tal y como lo hizo en el laboratorio. He optado por respetar los usos de la ‘x’, ‘e’, ‘*’ y ‘a’ como marcadores de género tal y como cada persona lo usó o creó en el contexto del laboratorio. Cuando el texto parte de mi voz, uso indistintamente ‘a’, ‘x’ y ‘e’ para desestabilizar el marcador de género.

¹ <https://oncogrrrls.wordpress.com> Co-fundado en 2011 fruto de mi propio diagnóstico de cáncer de mama y la voluntad de crear un espacio de arte-investigación junto a otras personas incómodas con la limitada presencia de referentes feministas (críticos) acerca de la experiencia.

² Rosa, Marta, Júlia, Mariví, Laia y yo misma.

Para situarnos, oncogrrrls no es un colectivo, sino un nodo, un proyecto de performance crítica que se conforma con las distintas personas, mujeres y/o disidentes de género, que integran los procesos de investigación-creación cada vez. Desde sus inicios en 2011, este proyecto muta en su conformación y en cada evento, lo que implica, entre muchas otras cosas, que la respuesta a la pregunta *¿Qué o quién es oncogrrrls?* es difícil de responder de manera unívoca.

En una de sus múltiples manifestaciones, oncogrrrls forma parte de la red de activismo transfeminista en la que creemos muchos como modos de articulación alternativa al sistema en el que vivimos, así como de mi práctica artística e investigación doctoral en Estudios de Performance en la Universidad de California, Davis. Como parte de esta red transfeminista, en la que los afectos sustentan múltiples modos de hacer política, oncogrrrls atiende, en particular, a los procesos oncológicos como espacios de ensayo o tránsito a través del binario salud/enfermedad. Al curiosear con prácticas somáticas y performativas a partir de nuestra experiencia encarnada como personas diagnosticadas y/o cercanas a la enfermedad, a menudo percibimos aspectos otros del entramado de fuerzas y potencias afectivas que operan en y entre los cuerpos (tales como las normas de género, sexualidad, clase, raza, diversidad emocional, funcional, temporal, de estructura familiar, etcétera). En las redes existe un blog, <https://oncogrrrls.wordpress.com>, y un modo de hacer que se nutre de los aprendizajes de cada proceso de creación.

Estos aprendizajes toman la creación-investigación como metodología, o lo que se conoce como Practice as Research, Práctica como investigación (PaR, por sus siglas en inglés), propia de los Estudios de Performance. PaR concibe la producción, recepción y documentación de eventos performáticos, ensayos y talleres como metodología de investigación y enfoque crítico (Dumit, Oconnor, 2017). PaR examina las prácticas que permiten componer y descomponer relaciones y cuerpos, reconocer y/o evitar responsabilidades y abrir y/o cerrar potenciales para el cambio sociocultural. PaR tiene el potencial de instigar el cultivo de habilidades críticas para interrumpir, estimular y movilizar las relaciones sedimentadas que conforman lo que sabemos/creamos y los modos en los que lo sabemos/creamos (Novella, Oconnor, 2017). PaR deviene el entresijo de modos de conocer artística y analíticamente que Dwhight Conquergood, el académico de performance, defendía como necesario para desestabilizar la organización institucional del conocimiento y las disciplinas (Conquergood, 2002).

Ahora, y para este artículo, oncogrrrls es un *ensayo* de posibilidades relacionales y prácticas oncológicas alternativas. En la etimología del ensayo conviven la creación de conocimiento (ensayo y error), el arte y la clínica (ensayo clínico). José M. Bueno, en su mirar al ensayo como herramienta política, propone que, en las fases de experimentación (apertura) y repetición (cierre) del ensayo, lo que está en juego son los “protocolos de conocimiento y la performatividad de la verdad” (Bueno, 2016, 113). Un modo de situar la pulsión política ‘saber - poder’ en el marco del arte. Extiendo su propuesta para pensar que, en los ensayos de oncogrrrls, lo que está en juego es la posibilidad de componer-descomponer ‘relaciones oncológicas’ (y con esto me refiero a las maneras de vivir y relacionarse con la enfermedad) que devengan en formas alternativas de conocer-crear ‘cáncer’.

El ensayo, como modo de conocer (ensayo y error) en oncogrrrls, aspira a la activación política y la generación de diferencia. La investigación-creación en oncogrrrls no es un estudio de campo donde un investigador observa a las participantes como sus objetos de estudio, ni tampoco intenta ser un grupo de sanación o un proceso de danza terapéutica. oncogrrrls aspira hacia una curiosidad comprometida con crear nuevos modos de conocer/crear relaciones oncológicas situadas y parcialmente conectadas. En este sentido, se nutre de epistemologías feministas de la ciencia y el performance que abogan por un conocimiento parcial y situado, como alternativa a atribuciones universales o relativistas. Como dijo Donna Haraway, buscamos la “mirada encarnada, situada y localizada” (1988, 583). Especulando con ella, los laboratorios oncogrrrls funcionan como una tecnología encarnada de creación de “conocimientos situados: parciales, localizados y críticos que sostienen redes de conexiones llamadas solidaridad en política y conversaciones compartidas en epistemología” (1988, 584).

La académica de estudios de performance Lynette Hunter desarrolla la propuesta del conocimiento situado de Haraway y propone la noción de textualidad situante, enfatizando el gerundio de la forma situar, para hablar de performatividad como la diferencia que se está generando (situando) en el momento de la práctica performática o acción. En el momento de devenir, de hacer presentes (presenciar) estos nuevos conocimientos-realidades, sugiere la autora, es cuando la performatividad se aprecia en forma de *presencia* corporal en la performance (Hunter 2014).

Como práctica de co-creación artística (o colaboración), oncogrrrls activa posibilidades que no tratan de generar una respuesta única predeterminada o un mensaje uniforme. El proceso tiene como objeto generar diferencias, que es distinto también a reaccionar en oposición a las estructuras hegemónicas que dominan las relaciones oncológicas. A pesar de que nos encontramos fruto de la molestia con estas estructuras que nos sitúan como pacientes, los procesos creativos no plantean crear un discurso antagonista. Al contrario, tratan de crear diferencia, lo que Hunter describe en sus textos sobre *Practice as research*, como arte que crea razones para seguir viviendo, que genera valores y crea diferencia (Hunter 2014).

Retomo lo que escribí en 2015, cuando oncogrrrls era un espacio de “prácticas colaborativas donde crear el cuerpo múltiple” (2015, 203) para extender una conexión parcial entre el ensayo oncogrrrls y la investigación de la antropóloga médica AnneMarie Mol. En su investigación praxiológica³ sobre la aestheroclerosis, Mol atiende a los quehaceres del hospital y argumenta que, si atendemos a las prácticas en vez de a los objetos de estudio, las prácticas *enact* (*presencian-enaccionan*)⁴ cuerpos múltiples (Mol, 2002). Con ello, Mol se distancia de la clínica como espacio

³ Así describe Mol, en su libro ‘el cuerpo múltiple’ su práctica etnográfica.

⁴ To enact, se traduce como promulgar o representar en lengua castellana. Estos verbos no articulan las mismas posibilidades que enact en el contexto anglosajón. Promulgar, a pesar de que contiene la fuerza performativa propuesta por J. Austin, en 1963, como palabras que crean realidad, está demasiado demarcada con connotaciones legales. Por otro lado, representar nos devuelve a la dicotomía realidad-representación de la que Mol está particularmente interesada en alejarse. Así pues, hasta que encuentre una palabra más adecuada mantendré la palabra enact o usaré presenciar-enaccionar-crear.

discursivo en el que los cuerpos ‘son’ conocidos por naturaleza (inertes, pacientes) para acercarse, con su propuesta praxiológica, al entramado de prácticas en la que los cuerpos (humanos y no humanos) ‘son’ agentes relacionales, parciales y múltiples. Mol también piensa en términos de performance cuando usa el verbo *to enact*. A pesar de que no lo hace en los mismos términos de performatividad y generación de diferencia que propongo para el ensayo en *oncogrrrls*⁵, su propuesta de prácticas que enaccionan cuerpos múltiples me sirve para articular una conexión parcial con la clínica que también habla del cuerpo múltiple, situado y relacional. Pensando con Mol, las prácticas colaborativas en el ensayo *oncogrrrls* posibilitan enaccionar el onco-cuerpo como múltiple, situado y relacional (más allá de binarios paciente-agente y salud-enfermedad, quizá?).

LABORATORIO MULTISITUADO 2016. ONCOGRRRLS, DEVENIRES MÁS ALLÁ DE LA MEDICALIZACIÓN

Anhelos metastásicos

Durante el verano de 2016, *oncogrrrls* resonó en varios lugares del estado español, activando un campo de anhelos que me tomó por sorpresa. Imagino que la presentación del libro *Cicatrius (in)visibles*⁶ en el territorio, la jornada sobre activismos y cáncer de mama organizada en Málaga como parte del *III Congreso internacional sobre estudios de la diversidad Sexual en Iberoamerica: nuevas cartografías de la sexualidad*, el taller co-organizado sobre arte e investigación partiendo de la experiencia *oncogrrrls* en el II congreso de antropología AIBR en Barcelona y la presencia en las redes (sociales y afectivas) del proyecto en los últimos años contribuyeron a que este tercer laboratorio emergiera como una red de pulsaciones aparentemente autónoma y metastásica. No es usual que un grupo de personas, feministas, diagnosticadas y/o cercanas al cáncer, tengan tiempo y ganas de elaborar una activación política de su experiencia.. ¡mediante la performance!

Varias mujeres, entre ellas, Rosa, Marta, Júlia, Laia y Mariví, me contactaron, invitando y azuzando el reto: ¿Montamos un laboratorio en Madrid? ¿Cuándo otro en Barcelona? ¿Cuándo uno en Granada? ¿Y por qué no uno en Zaragoza? El mes de Octubre les lancé la pregunta: ¿Os apetece que montemos un laboratorio multisituado que se desarrolle en varias ciudades durante los fines de semana de noviembre y diciembre? Su energía e ilusión lo hizo posible, y durante un mes de

⁵ Mol no atiende a la performatividad (como momento de generación de diferencia de la acción performática- propuesto por Hunter) sino a los resultados múltiples de estas prácticas. En su propuesta de cuerpo múltiple, Mol no atiende al proceso de cambio que se produce en las personas que realizan las prácticas (doctores, patólogos, radiólogos, enfermos, administrativos, etcétera.), sino que atiende al cuerpo múltiple que resulta de estas prácticas. Por lo tanto, su eje de diferenciación es distinto al que los ensayos *oncogrrrls* proponen, donde sí apostamos por una multiplicación del cuerpo oncológico personal-político.

⁶ *Cicatrius (in)visibles*. Perspectives feministas sobre el cáncer de mama. Ver bibliografía.

laboratorio-exploración, 20 personas⁷, en su mayoría mujeres o disidentes de género, distribuidas en cuatro grupos, nos encontramos en cuatro ciudades distintas (Barcelona, Zaragoza, Granada y Madrid). El desafío común era encontrar *Pautas para devenir más allá de la medicalización*⁸.



Imagen 1. Cartel diseñado para la difusión del Laboratorio

⁷ En cuanto a datos demográficos del laboratorio, los enuncio brevemente para situar la lectura, pero sin objeto de determinar muestra o representación alguna. Aunque el número de personas inicial era de 24, por razones personales, fuimos 20 las que terminamos el laboratorio: Tres en Barcelona, seis en Zaragoza, siete en Granada y cuatro en Madrid. La relación con el cáncer es amplia, y aunque la mayoría de las personas (12) han sido diagnosticadas con cáncer de mama (10) o ginecológico (2), también participaron personas que tienen familiares o personas cercanas diagnosticadas (8) con tipos diversos de cáncer y en diversos estadios. Las personas viviendo con cáncer que participaron en el laboratorio se encontraban en distintos estadios de la enfermedad y los tratamientos, viendo su movilidad reducida por causa de los mismos dos de ellas.

⁸ Las relaciones oncológicas tienden a fijar. Desde el momento del diagnóstico, el sistema biomédico-cultural occidental dicta protocolos de intervención que determinan las posibilidades de tratamiento y activa una maraña de relatos que accionan cuerpos-relaciones posibles. Como un entramado de prácticas y “nodos semiótico-materiales” (Haraway, 1988, 595) los procesos oncológicos, con sus protocolos y sus relatos, cosifican cuerpos y contienen múltiples experiencias bajo las categorías normativas monolíticas de ‘paciente’ o ‘sobreviviente’ y, particularmente en los procesos relacionados con el cáncer de mama, bajo la categoría de ‘luchadora-siempre-positiva’. Muchas voces, mayoritariamente académicas y activistas feministas, analizan y articulan críticas a los procesos y estructuras normativas intrínsecas de la onco-medicalización occidental que anquilosan anatomías, limitan accesos y restringen imaginarios subjetivos y respuestas afectivas. En este sentido, el trabajo de Audre Lorde, en su *the Cancer Journals* llamaba a la acción y a la palabra como estrategia de transformación crítica y política de los silencios impuestos en los tratamientos de cáncer. Lorde ya criticaba a Cancer Inc. por pretender que las mujeres, o bien “disimularan o consideraran el cáncer de mama como una cuestión privada o personal” (1997,63), o bien miraran “la parte positiva de la vida” (1997, 76) desactivando la potencia política de una mirada crítica al cáncer. Múltiples académicas feministas expanden su crítica a procesos de medicalización que sitúan a las personas en tratamiento como ‘pacientes’ pasivos en frente a los médicos-médicas y su “omnipotencia aprendida” (Lopez-Carrillo), o como dice Gayle Sulik, fundadora del Breast Cancer Consortium, “sitúan a la dócil paciente hembra a merced de la medicina patriarcal” (2014, 658). Muchas voces cuestionan, en particular, la cultura del lazo rosa que promueve la imagen de la sobreviviente- heroína - siempre positiva (Tod et al, 2011)- a la vez que edulcora, feminiza e infantiliza la enfermedad (Ehrenreich, 2001; Lochlan Jain, 2013; Sulik, 2014) trivializando su importancia mediante campañas centradas en reclamos estéticos y la objetificación sexual de las mujeres (Sulik, 2014; 2012c; Porroche-Escudero, 2014). Una cultura, además, en la que entramados de intereses corporativos mercantilizan la enfermedad y sus tratamientos (Lochlan Jain, 2013), lo que la organización activista BCA (Breast Cancer Action) nombró *pink washing*. Me limito a nombrar a algunas de mis mentoras y amigas sin entrar más al detalle, pues mi objetivo aquí no es explorar en profundidad estas estructuras normativas, ni crear una base teórica para sustentar la existencia de oncogrrrls- esta base la sustentan las experiencias y percepciones de las distintas personas quienes activan y co-organizan los laboratorios creativos cada vez. Son ellas quienes, en su práctica de acción-creación, ejercen como agente transformador en colectivo, más allá de procesos de medicalización que las sujetan a la categoría de ‘paciente’.

Al integrarse en un ensayo oncogrrrls, las personas co-creadoras expresan sus anhelos e incomodidades con el cáncer de manera muy distinta y cada una desde su propia experiencia. Éstas definirán el desarrollo y el contenido del laboratorio. Durante el mes de octubre de 2016, Júlia, Marta, Mariví, Rosa, Laia y yo misma, mantuvimos una conversación por correo electrónico en la cual hilvanamos conjuntamente las premisas de partida del laboratorio y nuestros anhelos⁹:

Co-crear. Dejar salir las historias que nos nazcan entre todas. Elaborar la experiencia.

Rescatar nuestras narraciones y nuestras experiencias.

Trabajar desde la complicidad del grupo. Encontrarse y generar espacios de confianza. Tejer lazos de cuidados y de resistencias. Poder colaborar, reflexionar y compartir con tod*s vosotr*s. Un espacio en el que podamos encontrarnos mujeres que hayamos pasado por el cáncer. Participar en conjunto y crear en colectivo, desde el respeto, el cariño, el cuidado y la ilusión para/por la transformación. Ser el inicio tanto de una búsqueda de nuevos caminos y espacios de transformación personal y colectiva, pero también social; siento la necesidad de buscar formas de comunicar nuestras narrativas y vivencias subalternas (vs los discursos dominantes que tan a menudo nos ahogan). transformarnos más allá del cáncer y sus lecturas monolíticas rosas y aburridas... Desde el momento del diagnóstico sentí la relación de poder médico-paciente, dónde ellos creen tener todo el saber y tú únicamente eres el envoltorio de un tumor que es lo que realmente van a tratar. Hacerlo desde una perspectiva feminista, incómoda con la 'hegemonía rosa'. Para mí, la experiencia tiene que ver con las violencias que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres, y sobre otros cuerpos disidentes, y es desde ese punto de partida que me apetece trabajar. Escapar a los estrechos y rígidos moldes en dónde nos quieren meter pero no encajamos. Autogestionarnos. Aprender juntas. Elaborar bases comunes, no consensos, sino puntos de partida. Desde los múltiples lugares de enunciación que habitamos en este momento. Desde la diversidad y la diferencia.

En el intercambio de correos electrónicos previo a la realización del laboratorio oncogrrrls *devenires moleculares* articulamos nuestras expectativas, molestias y anhelos para con el laboratorio. En un ejercicio taxonómico ficticio, se pueden articular en cuatro premisas básicas: encontrarse; co-crear desde las propias experiencias; hacerlo de una manera autogestionada, elaborando bases comunes desde la diversidad y la diferencia; y hacerlo en clave feminista desde una perspectiva 'incómoda' con moldes donde no encajamos, lo rosa, las relaciones de poder médico-paciente y las violencias a los cuerpos de las mujeres y otros cuerpos disidentes.

⁹ Esta compilación de frases sin atribuir recoge todas las contribuciones personales relacionadas con las molestias, expectativas individuales y anhelos y es un extracto de un total de 87 correos electrónicos.

)Escapar a los estrechos y rígidos moldes
en dónde nos quieren meter
pero no encajamos(

A lo largo de mi práctica-investigación con oncogrrrls he desarrollado algunas bases metodológicas y perspectivas críticas del ensayo artístico-colaborativo. Partir de preguntas-marco para la investigación¹⁰, crear contenedores de prácticas¹¹ y trabajar con la improvisación desde lo corporal son elementos clave en todos los ensayos oncogrrrls (Novella & Paituví, 2015; Novella, nd). Cada laboratorio, sin embargo, tiene sus propios retos y de ellos emergen nuevas propuestas metodológicas y críticas para generar nuevas posibilidades de vivir el onco-cuerpo (las relaciones oncológicas). El reto metodológico de partida, en este laboratorio, era generar un ensayo-encuentro en múltiples tiempos y espacios con capacidad para activar *devenires*.

Un llamado a *devenir más allá de la medicalización* es uno que apuesta por movimientos moleculares. Como proponen Deleuze y Guattari, lo molecular tiene que ver con movimientos de diferenciación de lo ‘molar’, lo que se codifica como un entero (1987). Generar movimientos moleculares se trata, en este sentido, de un tipo de micro política que se preocupa por crear alteraciones y diferencias. Atendiendo con detalle a la literatura científica que describe los modos de acción de determinados tipos de compuestos de quimioterapia (Kiyomiya, 2001), me di cuenta de que las interacciones moleculares forman relaciones mucho más fascinantes y con más matices que las que describe la literatura oncológica convencional¹². Inspirada a la vez por estas relaciones moleculares y por el *Sense Lab Event, Society of Molecules*¹³, de Erin Manning y Brian Massumi, nombré a cada uno de los nódulos locales del estado, ‘moléculas’.

Pensando con la filósofa Stengers sobre Whitehead, estas moléculas devinieron partes de un todo diferenciado y relacional, ‘peculiarmente sensible a las modificaciones del otro’ (2011, 175). Este ‘todo’ sería el laboratorio completo; Las moléculas, cada uno de los grupos, que se afectarían mutuamente a la vez que contribuirían a la conformación del laboratorio. Pensando molecularmente imaginé un entramado colaborativo, un tejido oncológico con el potencial de desarrollar nuevas relaciones oncológicas más fascinantes y con muchos más matices que las propuestas por las narrativas dominantes sobre la experiencia de vivir con cáncer.

¹⁰ Un elemento central del ensayo en oncogrrrls es el de partir de una pregunta compartida: una pregunta o marco que el grupo proponemos conjuntamente el primer día del encuentro. A partir de esta pregunta las personas con prácticas artísticas específicas pensamos y adaptamos pautas de improvisación con las que articular la exploración.

¹¹ Las prácticas son las que articulan el proceso creativo de manera modular y porosa. Es decir, agrupar las prácticas en módulos temáticos-temporales, nos permite flexibilizar el proceso creativo, en vez de flexibilizar a las personas que participan en él, ya que no requiere la presencia continua de todas a lo largo de proceso, y permite que cada co-creadora entre y salga del proceso acorde a sus necesidades.

¹² Por ejemplo, en mi investigación sobre los modos de acción de las Antraciclínas, uno de los compuestos de mi propio tratamiento, artículos de investigación biomolecular e ingeniería química describen como éstas se ‘transportan elegantemente, se unen por afinidad, o distraen mientras modifican’... nada que ver con la habitual descripción de que la quimio mata o toxifica.

¹³ <http://senselab.ca/wp2/events/society-of-molecules-2009/>

Necesitábamos un contenedor creativo que fuera a la vez suficientemente envolvente y poroso como para involucrar a todas las personas distribuidas a lo largo de las moléculas en las 4 ciudades y que sostuvieran una ecología de prácticas en común en múltiples tiempos y espacios. Para ello, diseñé dos técnicas relacionales: *intercambiar las preguntas de partida* y *generar 'pautas' (scores) como ofrendas*, que pudieran viajar y mutar entre moléculas.

INTERCAMBIAR PREGUNTAS PARÁSITO

Pedí a cada una de las cuatro personas encargadas de la producción de cada molécula local, que me mandaran su respuesta al reto: Si tuvieras a cáncer enfrente, ¿qué le preguntarías? El resultado fueron cuatro preguntas, que intercambiamos entre los grupos y que :

¿Cómo puedo ayudarte a encontrar tu camino?
¿Por qué yo?
¿Cómo transitas a través de mi cuerpo?
¿Y a ti, qué coño te pasa?¹⁴

Estas preguntas, tan personales a la vez que comunes, nos hablan de estructuras afectivas y de pensamiento que nos pertenecen sólo a medias. Las llamo parásito por ello mismo, porque en muchos de los casos son las herramientas que las personas diagnosticadas tenemos, que tomamos de referentes, que están ancladas en nuestros imaginarios culturales y que fundamentan cómo construimos relaciones desde nuestros lugares de tránsito oncológico.

)Demasiadas veces, demasiado solas(

Una vez hube recibido las preguntas, escudriñé sus posibilidades para diseñar marcos de exploración física y performativa a partir de las mismas. Encontré que cada una de estas preguntas parte de premisas específicas sobre las relaciones oncológicas y constituye distintos tipos de afectos y subjetividades que emergen de estas relaciones. Por un lado, todas las preguntas asumen al 'yo' y a 'cáncer' como cuerpos separados-individuales¹⁵. Por otro lado, materializan distintas subjetividades y campos de relación: la mayoría plantean una mirada en la que el sujeto tiene responsabilidades respecto a 'cáncer' mientras que sólo una cuestiona a 'cáncer'.

¿Cómo puedo ayudarte a encontrar tu camino? crea un cáncer desorientado y, en cierta manera, compone a la persona viviendo con cáncer como una guía o mentorx para las células cancerígenas perdidas. Una especie de sujeto cuidador feminizado y responsable. A la misma vez, también produce un tipo de (un poco al estilo *newage*) individuo auto-sanador, que queda abandonado con la responsabilidad de guiar a las células desorientadas dentro de sí, una especie de gurú hazlo-tu-mismo neoliberal.

¹⁴ Cada persona mandó narrativas más largas y una lista de preguntas, que sintetiqué en estos 4 marcos de investigación.

¹⁵ Aunque se podría decir que las instrucciones 'qué le preguntarías a cáncer' crean esta separación entre 'yo' y 'cáncer' de manera implícita, el laboratorio que realicé en Méjico, ante el mismo reto, no produjo este tipo de preguntas (novella nd)

¿Por qué yo? Reifica las lógicas causales y el individualismo humanista arraigado en el pensamiento moderno occidental. Una cuestión que asume un individuo posesivo, quien, por alguna causa desconocida ha sido seleccionado como el recipiente de una enfermedad aterradora. Este tipo de pregunta, enraizada en lógicas de excepcionalidad humana y de causalidad, reduce toda posibilidad para un devenir cuerpo ecológico, o político, limitando una activación más-que-humana de las relaciones oncológicas

¿Cómo transitas a través de mi cuerpo? produce una enfermedad móvil que, de manera desconocida, entra y sale del cuerpo (y a veces se queda residiendo en él). Esta pregunta fue complementada con otra; *¿Cómo puedo volver a ser (como antes) después de tu tránsito a través de mi cuerpo?* Este ‘yo-cuerpo’ como anfitrión, preocupado con cómo ‘regresar’ a un estado previo de existencia, de nuevo, resuena con un individuo auto-definido, infectado y afectado por un mal externo, ajeno a sí. Esta manera de entender la relación con cáncer crea un anfitrión que, 1. Resulta aislado de las ecologías en las que vive, y por ello, con limitada conciencia y posibilidades para actuar y 2. Asume partir-ser de un estado de ‘norma’ a la que desear volver una vez que la experiencia ‘cancerosa’ transite a través de ella. En cierta medida, esto niega el continuum de la vida, su propio tránsito, y en cierta manera, reinscribe la noción capacitista de que existe un punto de (salud-norma) al que volver (recuperar, reconstruir).

Atendiendo a estas preguntas y a los distintos tipos de onco-historias, onco-cuerpos y relaciones oncológicas que presentan, nos damos cuenta de los entramados y complejos mundos que emergen-y se entrelazan y del porqué resulta tan difícil activar tejidos políticos oncológicos: estas historias materializan procesos oncológicos que asumen la individualidad y responsabilidad de la persona con cáncer y que, además, destilan lógicas sexistas, neoliberales y capacitistas. Al fin, mundos que impiden la emergencia política más allá de la individualización de la enfermedad y la patologización de la vida.

La pregunta, *¿Y a ti, qué (c...) te pasa?* en cambio, no centra ni las causas, ni la cura, ni las consecuencias de la enfermedad en el sujeto. Aquí encontramos un ‘yo’ que cuestiona, desde la curiosidad y la rabia (encarnada) qué le pasa a la enfermedad, descentrando al individuo como foco de la relación oncológica. Quizá una subjetividad más ‘afín’ a un feminismo rabioso, contestatario y que abre posibilidades de explorar más allá de la responsabilización individual.

Estas preguntas enmarcaron el reto de crear pautas para ‘devenir’ de manera más concreta, apuntando hacia el reto de crear pautas que interrogaran esta posición centrada en lo individual, examinando múltiples tránsitos y ecologías. En cambio, en la molécula que mandó esta pregunta la cuestión de la carnalidad, la erótica (o falta de ella) en los procesos de tratamiento se volvió particularmente relevante, de manera que en cierto modo, esta genitalización de la pregunta tomó sentido en el ensayo, donde, por el interés de las co-creadoras, nos centramos en erotizar el tratamiento.

GENERAR 'PAUTAS' (SCORES) COMO OFRENDAS

Otra práctica clave en oncogrrrls es estructurar el proceso creativo mediante ejercicios de improvisación, o como la coreógrafa Anna Halprin propone, ejercicios de exploración que permiten conocer elementos conceptuales mediante el movimiento (Halprin, year). En el diseño de estos ejercicios el objetivo es el de abrir campos de exploración productiva, es decir, escudriñar y generar diferencia. Para ello, las personas que tenemos una práctica artística específica¹⁶, planteamos ejercicios que desestabilicen significados, creando corto-circuitos y abriendo campos que permitan mirar las relaciones oncológicas de otra forma. Mi amigo y colaborador, Kevin O'connor, bailarín, coreógrafo y académico de performance, explora, en su investigación, el método de performance llamado en inglés *scoring* (crear pautas) para examinar la literatura científica sobre la fascia.¹⁷ Kevin propone *scoring* como un modo de interrogación suave, no como rutas fijas. Las pautas devienen tipos de preguntas, de entrenamiento y de trabajo corporal. (Dumit y O'connor, 2016). A pesar de que una forma común de 'score' es una partitura musical que define la melodía, ritmo y cadencias posibles de manera muy específica, las pautas que proponemos las personas con prácticas artísticas específicas en oncogrrrls funcionan como una estructura porosa y flexible que permite multiplicidad de exploraciones, más al estilo de las propuestas de acción propias de los happenings en los años 60'. Estas *pautas*, devienen, en oncogrrrls, métodos de exploración y de co-creación suaves.

En el ensayo colaborativo *Devenires más allá de la medicalización*, además de punto de partida de la exploración, éstas pautas devienen práctica relacional y ofrenda. El laboratorio, en su conjunto, funcionó como un universo performativo, en el que cada una de nosotras, y cada molécula, generó múltiples imágenes, gestos, textos y propuestas de acción. Como una partícula móvil, las trasladé y compartí entre las distintas moléculas, infectando cada lugar con el material emergente, de manera que las propuestas de acción (pautas) que habían emergido en una molécula servirían para accionar las exploraciones en otras. Así, las pautas originales y emergentes devinieron en prácticas relacionales y ofrenda para futuras exploraciones.

En este modo enmarañado de ensayar, las pautas son a la vez métodos situados y situacionales. Es decir, toman forma específica en cada lugar, con imágenes, textos y acciones performativas, a la vez que sirven para proponer nuevas exploraciones en otros lugares. Son a la vez proceso y producto. Técnicas para devenir más allá de la medicalización, y devenires específicos. Funcionan como pautas de código abierto para su uso y modificación. Son pautas flexibles, mutantes. Invitaciones para la multiplicación de alternativas y para la generación de un tejido oncológico situado, múltiple y relacional.

¹⁶ A lo largo del laboratorio, Ce Quimera, en la molécula de Barcelona, y Kevin O'Connor, en la molécula de Zaragoza, compartieron algunas de sus prácticas.

¹⁷ Material biológico llamado tejido conectivo- la materia pringosa que conecta, divide y patina entre músculos, órganos, piel y células.

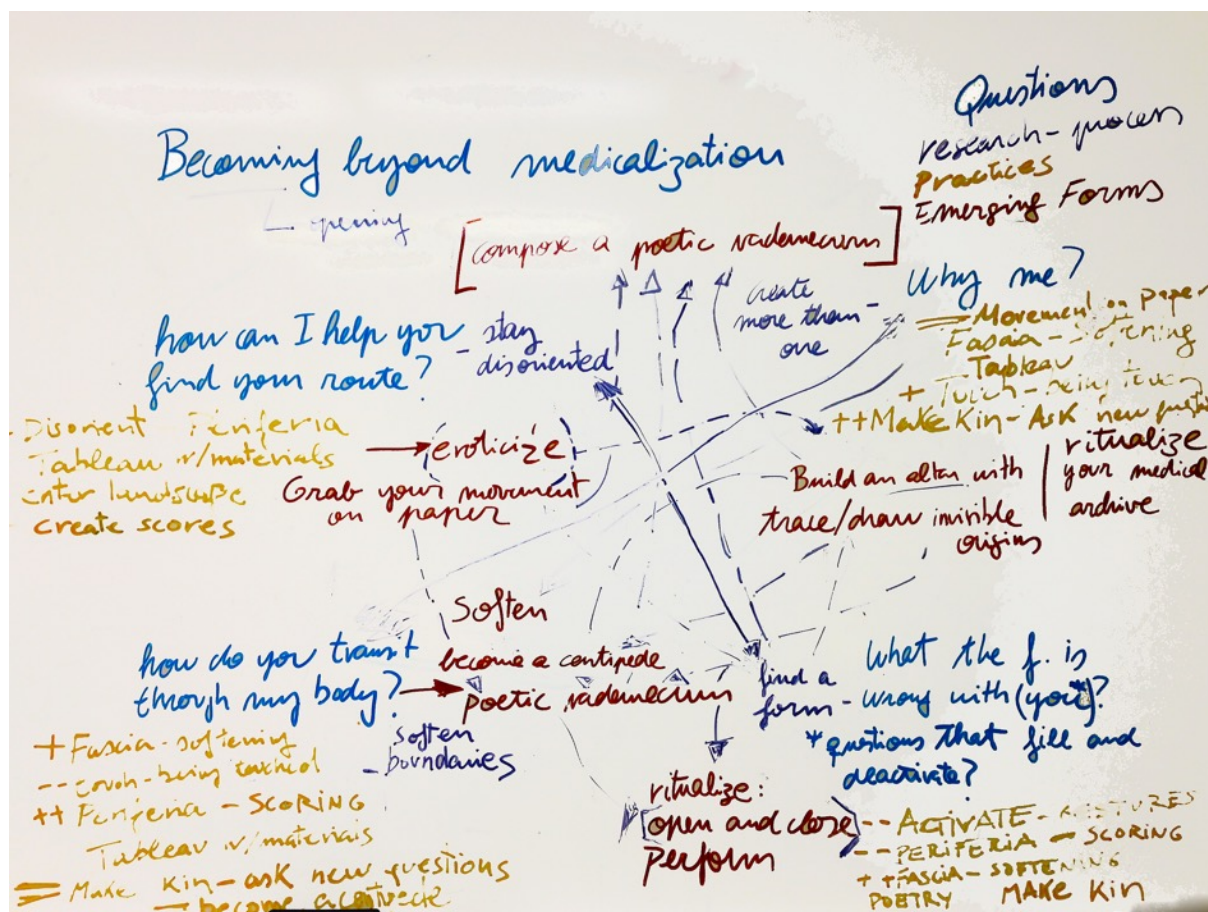


Imagen 2. Mapa del proceso: preguntas, prácticas y formas emergentes

En la siguiente sección de este artículo, comparto las piezas y pautas que co-creamos y que se encuentran en la página de oncogrrrls como portafolio del proyecto Pautas para devenires. Las pautas para devenir (*erotiza tu tratamiento, Afloja tu cuerpo, enmaraña cuestiones invisibles*) se actualizan y entremezclan con prácticas concretas que desarrollamos en cada molécula (*erotiza una aguja, devén ciempiés, construye un altar*). Las imágenes y propuestas de acción poética que desarrollamos en cada molécula transitaron a través del laboratorio en conjunto, nutriendo la pauta final, *compón un vademécum poético*, que se convirtió en una performance¹⁸, en un cierre, a la vez que en una ofrenda.

En el gesto de incorporar el ensayo colaborativo al texto académico, la siguiente sección multiplica la voz investigadora, pasando del singular al plural. Esta pluralidad también cohabita en diferencia, lo cual puede llevar, en algunos casos, a hacer propuestas aparentemente de disenso con la proposición de la voz investigadora hasta el momento. También desplaza la audiencia, ya que lo que muestro a continuación son ofrendas que emergieron del laboratorio pensando en ser recibidas por otras personas diagnosticadas o seguidoras del trabajo artístico desarrollado en los laboratorios oncogrrrls.

¹⁸ El laboratorio en Madrid, la última ciudad del recorrido, ‘cerró’ el ensayo ofreciendo una performance.

UN MOMENTO SIN 'AY', POR FIN

Esta pieza es a la vez tributo y ofrenda. Cierre y apertura.
Escribirla significa mucho para mi porque en ella están las voces de mis amigas y colaboradoras.
Algunas la leerán, otras, la construyeron.
Rosa, tu voz profunda y la lealtad de tu danza están en ella.
Vamos, que sin ti ¡esto no pasa!
Creamos ese laboratorio que querías y en este formato tan particular, tejimos una red que lleva tu nombre en los trazos.

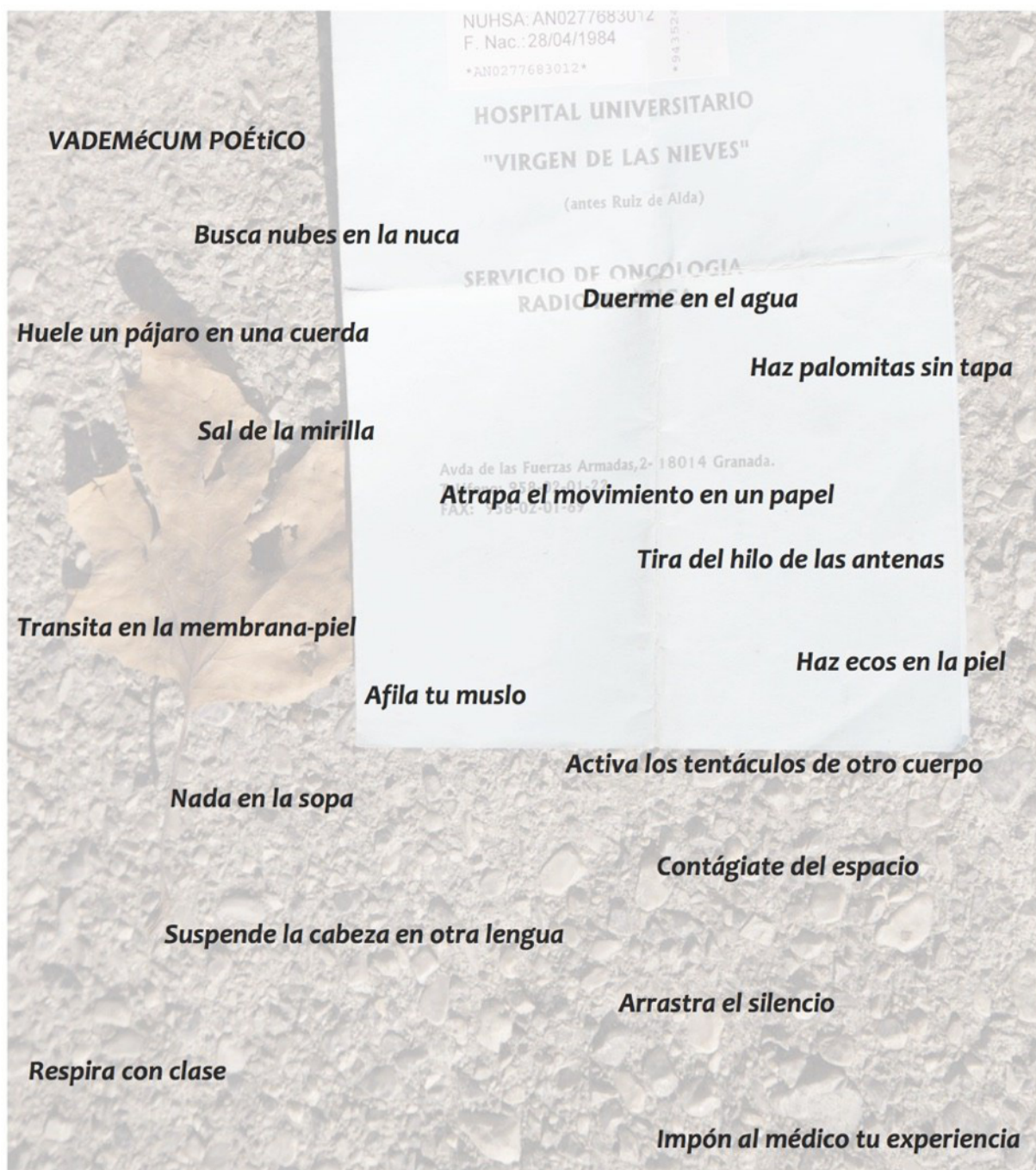
Este texto es mucho más que un tributo, también es tu-nuestra ofrenda a todes las que quieran usarla. En este laboratorio creamos juntas un vademécum poético, nuevas pautas para devenir más allá de la medicalización. Estáis todas invitadas a co-crear con nosotrxs. Tomadlo, usadlo, abridlo, adaptadlo, o si queréis, sólo sentaros con ellas un rato.

Cierre, ya que permite que el laboratorio, en sus múltiples exploraciones y variaciones, tome un formato material. Performear viene de eso; per-formar, materializar una forma, insertarla en lo público, hacerla visible. Este texto es una forma más de performance, un cierre, o materialización de nuestro proceso en el circuito cultural. En esta circulación, nuestro laboratio deviene apertura.

Apertura para explorar estas pautas y convertirlas en propias. Multiplicar, generar más diferencia.

En este cierre, otreS tendrán acceso, por fin.

Las siguientes piezas se encuentran en el portafolio de **oncogrrrls**, **vademécum poético**.



oncogrrrls
Júlia Uviña, Ce Quimera, Marta Maella, Leticia, Mónica, Sofía, José, Kevin Oconnor, Mariví Fernández, Marta Jiménez, Verónica Muñoz, Caro Junco, Ingrid, Laura, La Calva, Rosa Morillo, Patricia Gancedo, Rubi Alonso, Vicky Medina, Caro Novella

(Devenires más allá de la medicalización. Laboratorio 2016)

COMPÓN UN VADEMÉCUM POÉTICO

Un vademécum, el manual de consulta farmacológica para médicos¹⁹, se torna una pauta de composición poética para devenir más allá de procesos de medicalización. Éste Vademécum poético es una colección de afectos ordinarios, instantes de cuerpo denso e instantáneas manufacturadas a lo largo del proceso creativo. Quimeras que conjuran acciones juguetonas y sensualidades otras. Mediante gestos familiares, este vademécum sugiere un código de consulta abierto de prácticas poéticas más allá de los protocolos médicos fijos y limitantes. Co-compón tu propia experiencia oncológica. Juega con estas imágenes regaladas, o con las tuyas propias.

Materiales necesarios: vademécum propuesto.

Esto es una invitación abierta a que tomes esta pieza y co-compongas con nosotros. Crea el tuyo propio.

1. Escoge una de las invitaciones poéticas. Por ejemplo: Transita la membrana-piel.
2. Pasa tiempo con ella: siéntela, dibújala, ábrela, recuérdala. ¿Qué imágenes te piensa? ¿Que memorias trae de vuelta? ¿Qué aromas, sonidos, colores, temperaturas se te aparecen? ¿qué imágenes, emociones, movimientos emergen?
3. Deja que la materialidad de la invitación emerja de tu entorno (¿qué tipo de *membrana-piel* te llama para jugar con ella?)
4. Juega con los materiales encontrados. Pasa tiempo con ellos. Deja que el tacto, olor, sonido... de la membrana te transite. Explora distintas maneras de 'transitar'. ¿lo puedes hacer de otra forma? ¿más rápido, o lento? ¿Darle la vuelta?
5. Dibuja, toma una foto, crea una instalación, escribe una carta ...
6. Compártela. Dale tu propia forma.

¹⁹ En su forma más habitual como vademécum farmacológico. Un vademécum, del latín *vade mecum* (ven conmigo) es un manual de consulta que recoge las informaciones elementales sobre un campo (sus prácticas o materiales). Una especie de guía de prácticas de fácil acceso.

EROTIZA TU TRATAMIENTO

Erotizar reprograma dolores estancados y los transforma en placer, curiosidad, excitación, sorpresa, ternura, o un estímulo de endorfinas y calor. Ceder a la exploración sensorial activa la posibilidad erótica de tu onco-cuerpo. Jugar con otros cuerpos (incluso cuerpos humanos) activa nuevas posibilidades de relación. Prestar atención al encuentro, hundirse en los tactos múltiples del evento; prender posibilidades afectivas más allá del cuerpo des erotizado de la medicalización. Erotizar es un modo de transformar experiencias ‘castrantes’ y ‘castraciones químicas’ en prácticas sensuales. Resignificar, reprogramar, o simplemente, recrear tu experiencia y retomar tu corporalidad desde el jugueteo placentero y la apetencia.

1. Toma cualquier material de tu archivo médico (memorias, agujas, recetas, protocolos, cremas, vendajes, pelucas...).
2. Juega con ellas, sola o con tu(s) pareja(s).
3. Cierra los ojos. Explora tu material. Sumérgete en el placer de acariciar, olfatear, pellizcar, respirar, agarrar, lamer, enredar.
4. Deja que la textura de tu material te diga qué sigue. Si algo cosquillea, y te gusta, continúa. Si lo quieres más fuerte, aprieta-estira-estruja más fuerte. Deja que el placer te guíe.
5. Explora, date tiempo.
6. Permite que tus sentidos creen nuevos deseos. Date el gusto.

MÁS ALLÁ DE PRÁCTICAS QUE EXTIRPAN TU DESEO... EROTIZA TU AGUJA²⁰

Materiales necesarios: Agujas hipotérmicas nuevas, toallitas de alcohol para desinfectar, guantes de látex desechables, una compañera en quien confíes (¡y te guste!).

Esta es una practica consensuada, tú marcas las reglas del juego. Enfermera y amante se alternan.

Agujas y placer también.

1. Escoge una parte de tu cuerpo intervenida y que quieres retomar (barriga, pecho, brazo..).
2. Indica a tu amante, con detalle, dónde quieres que inserte la aguja.
3. Ponte los guantes.
4. Limpia la piel con la toallita y movimientos circulares. Confirma: ¿es aquí donde quieres?
5. Mira a tu compañera a los ojos. Hazle saber que estáis juntas en esto.
6. Palpa con cuidado. Pellizca el área con tu pulgar y tu índice. Con cariño. Agarra el tejido que desea, y ténsalo, un centímetro.
7. Busca sus ojos. Siente la elasticidad. Explora la dirección fibrosa del tejido entre tus dedos. ¿Se siente bien así? ¿Quieres que siga?
8. Pide permiso a cada paso.
9. Mira a tu compañera a los ojos. Sonríe. Hazle saber cuando estás lista.
10. Opcional: respirar hondo (o no) -ya sabes: exhala y la sensación de la aguja se suaviza. Dile a tu pareja: penétrame cuando exhale. O no: Y lánzate sin respiración anestésica.
11. Mientras agarras el tejido con una mano, toma la aguja con la otra. Con dirección clara y vigor continuo, impulsa la aguja a través del tejido. Deslízala hasta que salga, sin detenerte.
12. Mírala a los ojos. Siente el flujo de endorfinas. Deja que la sensación (te) prenda.
13. Agradece a tu pareja como quieras.
14. Alternad roles, si os apetece.



Imagen 3. Erotiza una aguja. Barcelona, 2016:

<https://vimeo.com/247794501>

²⁰ Ésta es una práctica erótica SM (sado masoquista) que a veces se llama 'juego con agujas'. Aprendida de Ce (Quimera Rosa) quien la compartió con nosotras como parte de la molécula de Barcelona.

AFLOJA TU CUERPO

Pautas para aflojar enternecen los cuerpos y las relaciones endurecidas por la experiencia médica. Suaviza tus barreras, de nuevo. Explora en pareja, trío o grupos de cuatro personas o más. Múltiples prácticas somáticas y de movimiento basadas en el tacto servirán. Aquí te dejamos algunas.

1. Situaros todes a una distancia próxima en la que os rocéis. Cierra los ojos. Sin prisa. Respira. Inspira por la nariz, expira por la boca. Deja que tu piel y el tejido conectivo de tu cuerpo escuche y responda al tacto, peso, dirección e impulsos de tu cuerpo y el de lxs demás. Responde.
2. Cede y escucha al tacto de tu pareja; deja que te mueva. Recibe el punto de contacto, reconócelo y muévelo hacia otro lado; Desplázate hacia el punto de contacto, o en dirección contraria.
3. Pon una mano en contacto con la de tu pareja, atiende a tu tocar, siente como tu tacto te toca de vuelta, muévete en respuesta a la duplicidad del con-tacto.
4. Activa los neuro-receptores microfasciales en todo el cuerpo: da palmaditas rápidas, restriega tu mano como extendiendo la piel en diagonal, exprime las articulaciones, presiona con fuerza los huesos desde las extremidades exteriores y hacia el centro del cuerpo y combínalo con caricias suaves, casi imperceptibles. Ahora, improvisa desde las huellas corporales de estos múltiples tactos.

MÁS ALLÁ DE LA DESHUMANIZACIÓN QUE TE ENDURECE... DEVÉN CIEMPIÉS.



Imagen 4. Devén Ciempiés. Granada, 2016

'Después de la operación, le enseñé la cicatriz a mi hijo. ¿Te asusta?'; Le dije. -no, mamá, es muy bonita !Es un ciempiés!' ²¹

Materiales necesarios: Un grupo de gente en quien confíes. Ternura. Escucha táctil. Calma. Esta es una práctica de movimiento para co-componer un cuerpo relacional en movimiento, más allá del cuerpo único e individual.

1. Situaros juntxs lxs unxs a lxs otrxs. Aseguraros que estais cadx unx en contacto con, al menos, dos otrxs cuerpos.
2. Cierra tus ojos. Respira hondo. Inspira por la nariz, expira por la boca. Tómate tiempo.
3. Siente la respiración del grupo.
4. Imagínate que tu cuerpo está lleno de arena. Siente la arena dándote peso.
5. Nota los puntos de contacto con lxs otrxs. Imagínalas como vasos porosos comunicantes.
6. Atiende al intercambio, dándote peso en relación al grupo. Siente los micromovimientos arenosos, las idas y venidas, y cambios de relación.
7. Sigue el movimiento que se genera. Deja que los distintos puntos de contacto en movimiento, te muevan.

²¹ Este testimonio personal emergió después de usar practicas somáticas para aflojar en Zaragoza, e inspiró la pauta del devenir ciempiés en Granada.

ENMARAÑA TU ARCHIVO MÉDICO

Pautas para enmarañar sitúan tu cuerpo en nuevas relaciones con tu archivo médico, abriéndolo a nuevas relaciones onco-corporales. Preguntar nuevas preguntas, explorar movimientos, construir nuevas relaciones. Revuelve tus preguntas individuales médicas sin respuesta con sus historias materiales y simbólicas. Lo puedes hacer en papel o en movimiento. Dibujando un cuadro o incorporando una imagen. Investiga los trazos de la materialidad de tu tratamiento y tu historia personal en el mundo. Pregunta de nuevo, curiosear, enmarañate.

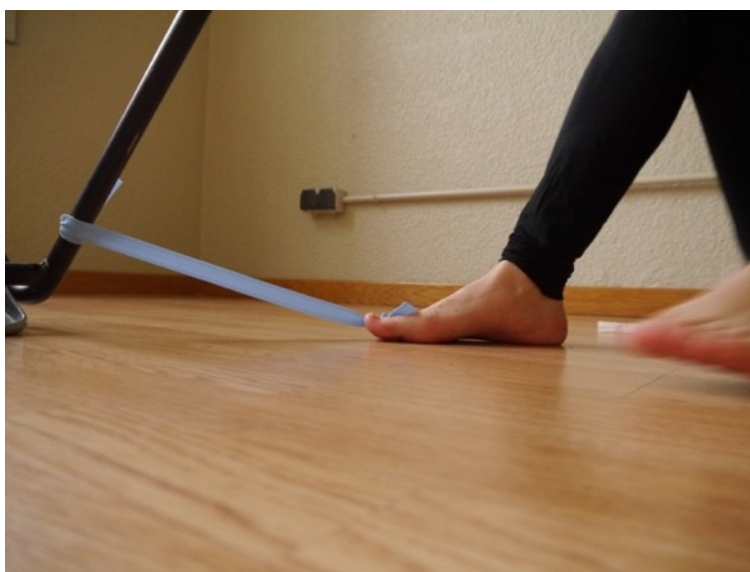


Imagen 5. Enmarañada con materiales, Barcelona



Imagen 6. Enmarañando en papel. Zaragoza

RITUALIZA TU EXPERIENCIA.

Ritualizar torna experiencias aisladas e aislantes en rituales compartidos y genera relaciones más allá de unx mismx. Los rituales alteran hábitos incorporados y rutinas médicas que nos aíslan. Performea la experiencia de tu tránsito y crea un camino compartido. Crea un altar junto a otrxs, invita a una improvisación performática en tu comedor, registra un video con unx amigx mientras te aplicas la venda de compresión. Conéctate. Con tus amigos. A otrxs cuerpxs medicalizados, con ellxs. Comparte.

MÁS ALLÁ DE PROCESOS QUE TE AÍSLAN... ALTERA (CREA UN ALTAR)

Materiales necesarios: objetos y materiales de tu archivo médico-corporal (éstos pueden incluir fármacos, cremas, vendas, fotos, radiografías, botes pastilleros, batas, pastillas, libros, imágenes, pelo, tratamientos naturales, telas)

Esta es una práctica para alterar relaciones onco-corporales mientras compartes tu experiencia.

1. Recopila tu archivo medico-corporal. Apíllalo.
2. Escoge un rincón que te atraiga.
3. En silencio, o con música, en grupo, coge un objeto cada vez y sitúalo en el altar.
4. Cuando des por completo el altar, aléjate y obsérvalo desde el perímetro.
5. Déjate afectar por la composición del altar. ¿Cómo te llama a relacionarte y re-componerlo de nuevo?
6. Entra en la imagen ritual, deja que el altar te guíe. Ubícate en relación y quédate quietx.
7. Observa como otrx entra en relación con el altar. Deja que la nueva composición te afecte.
8. Tómate tu tiempo, deja que la nueva composición te afecte cada vez, cuando sientas que hay un lugar para ti, responde entrando en la imagen ritual.
9. Una vez todxs estéis en composición con el altar, encontrad una pausa.
10. Sin hablar, volved al perímetro.
11. Empieza de nuevo.



Imagen 8. Perímetro de altar en Granada



Imagen 9. Altar en Granada 1



Imagen 10. Altar en Granada 2



Imagen 11. Altar en Granada 3



Imagen 12 Altar en Granada

CONCLUSIONES: PAUTAS PARA DEVENIR, TEORÍA Y PRÁCTICA ENCARNADA

Deleuze y Guattari propusieron que la filosofía es la creación de conceptos que resuenan con otros campos (Deleuze and Guattari, 2014). Esta investigación atiende a las onco-relaciones partiendo de la pregunta, ¿Cómo podemos devenir más allá de la medicalización? Y usa pautas performativas como método y ofrenda para la generación de conocimientos situados, la creación artística y la activación política. Lo que el performance ofrece a las co-creadoras involucradas en oncogrrrls y a las personas que viven con cáncer es, a su vez, lo que la práctica como investigación ofrece a las disciplinas teóricas, especialmente a los estudios científicos feministas y de la diversidad y la disidencia en la salud. Pautas para Devenir emergen como conceptos tales como *erotizar*, *aflojar*, *enmarañar* y *ritualizar*.

En respuesta a experiencias de aislamiento, responsabilización individual y desactivación afectiva/política/erótica, estas pautas ofrecen propuestas de acción concretas, a la vez que prácticas de ensayo para generar un onco-cuerpo múltiple, situado y relacional.

Aflojar, explorar posibilidades somáticas de relacionarse con otrxs, disipa la frontera-piel individual reforzada mediante los tratamientos. En respuesta a la pregunta 'porqué yo', atender a los procesos de diferenciación que se dan en las prácticas somáticas de devenir con, crea un modo de atención relacional que permite ir más allá del sujeto solitario e individual de los procesos oncológicos.

Erotizar es un modo de transformar experiencias 'castrantes' y 'castraciones químicas' en prácticas sensuales. Resignificar, reprogramar, o simplemente, recrear la experiencia y retomar la corporalidad desde el jugueteo placentero y la apetencia. Un modo de crear un onco-cuerpo erótico más allá de la asexualización en procesos oncológicos.

Enmarañar activa relaciones onco-corporales presentes, aunque aparentemente imperceptibles. Las preguntas centradas en la responsabilidad individual y sus afectos dislocan su mirada hacia los procesos naturoculturales, la historias y contextos de las relaciones oncológicas: la atención des-humanizada del sistema médico hacia los individuos y las familias; los hospitales repletos más allá de sus capacidades; los protocolos y artefactos capacitistas que filtran maternidades válidas y formas corporales posibles; la explotación de animales-no humanos mediante la investigación; los sistemas de producción neoliberal que contaminan con productos cancerígenos la vida. Abriendo el 'sujeto' a las múltiples relaciones que nos componen, esta pauta, un modo de experimentación, nos permite ver-sentir que lo médico es político.

Ritualizar permite convertir la experiencia individual en una acción performada, con audiencia. Ritualizar, como un modo de componer en colectivo, permite que la enfermedad se convierta en ensayo para otros, que pueden también crear diferencias, devenir junto a nuestro tránsito.

A pesar de que las pautas toman la forma imperativa ("compón", "escoge", "dibuja", etc.), parecerían volver a someter a quien ha sufrido o sufre cáncer a otra instancia de poder, en el laboratorio oncogrrrls, las pautas performativas emergen del proceso creativo en el que las co-

creadoras diseñan las propias pautas a partir de prácticas de improvisación en danza y ejercicios de exploración poética. En vez de entender el imperativo como una forma de sometimiento a un gobierno alternativo al clínico, es el grupo el que crea y recrea pautas, se reapropia de la forma imperativa del protocolo biomédico, resignificando estas pautas como ‘protocolos-pautas propias’, donde el proceso creativo permite auto-generar una sociabilidad alternativa a la clínica.

Las pautas funcionan como modos para escudriñar e implosionar las fronteras (binarios) paciente-agente; salud-enfermedad, cuerpo individual-cuerpo múltiple, cuerpo castrado-cuerpo erótico. Además, pensando con Annemarie Mol, las pautas, en oncogrrrls, no están ligadas a un quehacer de gubernamentalidad discursiva, sino a un enfoque performático, en que las pautas son prácticas de multiplicación de diferencia, o usando a Mol, prácticas situadas que enaccionan el cuerpo-oncológico múltiple. Pensando con Mol, las prácticas colaborativas en el ensayo oncogrrrls posibilitan enaccionar el onco-cuerpo como múltiple, situado y relacional.

El resultado de nuestra exploración artística nos ofrece, por un lado, pautas performativas para activar devenires posibles, y por otro, nuevos conceptos y teorías situadas que contribuyen a los debates intelectuales y prácticas activistas transfeministas sobre el tránsito oncológico en el binario salud-enfermedad. Tomando las nociones aportadas por filósofas de la ciencia y el performance, Donna Harraway y Lynette Hunter, estas pautas de improvisación emergen a la vez como conocimientos situados y textualidades situacionales creando un tejido oncológico situado y parcialmente conectado. Estas pautas funcionan a la vez como nuevos saberes sobre la experiencia oncológica (Donna Harraway, 1988), así como estrategias de ensayo para generar performatividad o nuevos modos de devenir, conocer y valorar la experiencia oncológica (Lynette Hunter, 1999, 2014).

Durante el laboratorio nos afectamos unas a otras en el evento del encuentro. Desde nuestras similitudes y diferencias co-construimos una densidad de relaciones y onco-cuerpos mutantes mayor que ninguna de nosotras, individual o molecularmente. Manufacturamos una ecología de prácticas, una red parcial de conexiones y desconexiones, entendimientos y desentendimientos. Un tejido oncológico más denso que activó nuevas preguntas y múltiples respuestas situadas: Invitaciones a la acción, y modos de crear diferencias dentro de los discursos oncológicos dominantes. Una propuesta para enredar, quizá, a ese onco-individuo en un tejido oncológico activado y relacional.

Estas pautas generan devenires en forma de invitaciones a *erotizar*, *suavizar*, *enmarañar* y *ritualizar*, así como a co-componer un nuevo protocolo performático: *vademécum poético*. Este vademécum poético, una pauta abierta a la exploración múltiple, se convierte en un conjuro a la curiosidad y al ensayo creativo. Una invitación a vivir la enfermedad como ensayo y creación artística. Un ritual para crear, alterar y compartir conocimientos sobre la enfermedad que traspasan los conocimientos de la ciencia y la biomedicina. Una pócima performática para devenir, quizá.

BIBLIOGRAFÍA

- BUENO, José M. (2016). "The Play's the Thing on the politics of rehearsal". Buchman, Sabeth y Lafer, Ilse y Ruhm, Constanze (eds.). *Putting rehearsal to the Test*. Berlin: Sternberg Press: 108-119.
- CONQUERGOOD, Dwight. "Performance studies: Interventions and radical research". *TDR/The Drama Review* 46 (2002): 145-156.
- DELEUZE, Gilles y Guattari, Felix (1987). *A thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. Minnessota: University of Minnessota Press.
- DELEUZE, Gilles y Guattari, Felix (2014). *What is philosophy?*. New York: Columbia University Press.
- DUMIT, Joseph. "Writing the implosión: Teaching the world one thing at a time". *Cultural Anthropology* 29 (2014): 344-362.
- DUMIT, Joseph and O'Connor, Kevin (2017). "A Practice as Research Investigation". Hunter, Lynette (ed.). *Sentient Performativies of Embodiment: Thinking alongside the Human*
- EHRENREICH, Barbara. "Welcome to cancerland: A mammogram leads to a cult of pink kitsch". *Harper's Magazine* (2001).
- HARRAWAY, Donna. "Situated Knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspectiver". *Feminist studies* 14 (1988): 575-599.
- HUNTER, Lynette (1999). *Critiques of Knowing: Situated Textualities in Science, Computing and the Arts*. London: Routledge.
- HUNTER, Lynette (2014). *Disunified aesthetics: Situated textuality, performativity, collaboration*. MQUP: McGill-Queens Press.
- HUNTER, Lynette. "Ethics, performativity and gender: porous and expansive concepts of selving in the performance work of Gretchen Jude and of Nicole Peisl". *Palgrave communications* 2 (2016). DOI: <https://dx.doi.org/10.1057/palcomms.2016.6>
- JAIN, S. Lochlann (2013). *Malignant. How Cancer Becomes Us*. Berkeley: University of California Press. DOI: [10.1057/palcomms.2016.6](https://dx.doi.org/10.1057/palcomms.2016.6)
- KIYOMIYA, Ken-ichi, Saburo, Matsuo, and Masaru Kurebe. "Mechanism of Specific Nuclear Transport of Adriamycin". *Cancer research* 61 (2001): 2467-2471.
- LEWIS, William and Tulk, Niki. "Editorial: Why Performance as Research?". *PARtake: The Journal of Performance as Research* 1 (2016).
- LORDE, Audre (1980). *The cancer journals*. San Francisco: Spinster, Aunt Lute.
- LOPEZ-CARRILLO, Margarita. "La medicalización de la vida y la salud de las mujeres". *Xarxa de Salut* (2016).
- MANNING, Erin. "Micropolitics: exploring Ethico-Aesthetics". *Inflexions* 3 (2009).
- MOL, AnneMarie (2002). *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice* Durham-London: Duke University Press.

- NOVELLA-O'CONNOR. "I bet my nipple to grow: A Practice As Research Investigation of Onco-Bodying relations". *TDR/Drama Review* (on revision).
- NOVELLA, Carolina y PAITUVÍ, Marissa (2015). "oncogrrrls: la dansa com a espai polític de creació de narratives pròpies del càncer de pit". Porroche-Escudero, Ana, Coll-Planas, Gerard y Riba, Caterina (eds.). *Cicatrús (in)visibles. Perspectives Feministes sobre el Càncer de Mama*. Bellaterra: Eumo Editorial: 199-210.
- NOVELLA, Carolina. *Rehearsal as a Both/And in Laboratorio de Yeso. Oncogrrrls, Mexico City 2015*. University of California (sd)
- ONCOGRRRLS (2013). *(parèntesis)*. España: oncogrrrls.
- ONCOGRRRLS (2015). *Resistencias Sonoras*. Méjico: oncogrrrls.
- PORROCHE-ESCUADERO, Ana. "La violencia de la cultura rosa: Las campañas de concienciación de cáncer de mama". *MyS Mujeres y Salud*. 37 (2014): 32-35.
- STENGERS, Isabelle (2011). *Thinking with Whitehead: A free and Wild Creation of Concepts*. Ciudad: Editorial.
- SULIK, Gayle. "Do sexy breast cancer campaigns demean women?". *Psychology Today* (2012).
- SULIK, Gayle. "#RETHINKPINK Moving beyond Breast Cancer Awareness" *Gender and Society* 28 (2014):655-678. DOI: 10.1177/0891243214540991

III. LA NOCHE DEL MALESTAR



CHANTAL MAILLARD. UNA EXPERIENCIA COMÚN DEL VACÍO¹

Chantal Maillard. A common experience of emptiness.

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ GARCÍA

CONICET-PELCC (ARGENTINA) miguemartinezgarcia@gmail.com

Investigador Postdoctoral en CONICET-PELCC (Programa de Estudios Latinoamericanos Contemporáneos y Comparados). Realizó su tesis doctoral en la Universitat de València, en con el título *Una lengua común: poéticas y políticas de la enfermedad*.

RECIBIDO: 13 DE OCTUBRE DE 2017

RESUMEN: Este artículo se acerca a la experiencia de malestar que se elabora en la obra de Chantal Maillard y que podríamos reconocer (tal es nuestra propuesta) como una “experiencia del vacío”. A través del análisis de sus obras (poéticas, diarios, ensayos, etc.), y del apoyo en textos de teoría psicoanalítica y filosofía política, llegamos a la conclusión de que solo a partir de la elaboración de dicha experiencia (en la que el vacío no es taponado ni colmado) esta puede ser leída como una experiencia de “cualquiera” y, por tanto, de algún modo, como una experiencia “común”.

PALABRAS CLAVE: Vacío, Cuerpo, Experiencia, Común, Cualquiera.

ACEPTADO: 10 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: This paper approaches the experience of unease in Chantal Maillard’s work, which we could identify as an “experience of emptiness”. Through the analysis of her works (poems, diaries, essays, etc.), and also through a theoretical frame based on a psychoanalytic and a philosophical approach, we will conclude that it is only through the working out of this experience (in which emptiness cannot be blocked or even fulfilled), that it can be understood as an “anyone’s experience”, and therefore as a “common” experience.

KEYWORDS: Emptiness, Body, Experience, Common, Anyone.

¹ Este artículo se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación Postdoctoral “La imaginación política de la inmunidad. Figuraciones de la enfermedad y formas de vida en la literatura latinoamericana contemporánea”, que el autor desarrolla en el Programa de Estudios Latinoamericanos Contemporáneos y Comparados (PELCC) de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF, Argentina) gracias a una Beca Interna Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, entre 2009 y 2017, he desarrollado una línea de investigación que gira en torno a los modos en que las producciones culturales –y las producciones literarias en particular– se han ocupado del motivo de la enfermedad. En este período de tiempo, y a través del trabajo en distintos espacios (académicos y no académicos) y con diferentes agentes (equipos de investigación, artistas, asociaciones de enfermos, etc.), he podido verificar una de las hipótesis que funcionaba como punto de partida de este proyecto y que consiste en el hecho de que el grueso de las producciones culturales que giran en torno a la enfermedad nos ofrecen una imagen de lo patológico que está en armonía con el concepto que maneja la biomedicina. En la producción literaria y cultural contemporánea, el cuerpo aparece en la mayoría de los casos como un “cuerpo-máquina” y la enfermedad, en consecuencia, como una entidad producida por una anormalidad funcional o estructural, de carácter fisiológico y que depende entonces únicamente del individuo enfermo. De este modo, la producción cultural refuerza la hegemonía del discurso médico en este ámbito –el de nuestros cuerpos y nuestras enfermedades.

Durante el transcurso de esta investigación también he podido corroborar, en cualquier caso, una segunda hipótesis, que barajaba igualmente en los estadios previos a mi trabajo y que resiste a la conclusión anterior: la hipótesis que contemplaba la posibilidad de que, entre el tejido de la producción cultural contemporánea, existiesen también acciones, piezas, textos que se ocupasen del motivo de la enfermedad y/o el “malestar” y que nos devolvieran una imagen de ambos procesos que no se ajustaran a la imaginación biomédica. En esta línea, hallamos propuestas en las que la enfermedad y/o el malestar son comprendidos como “acontecimientos”² y/o como experiencias subjetivas –y que cuentan, además, con una “dimensión social”.³ En algunas de ellas, esta perspectiva permite, de hecho, que la propia noción de enfermedad sea problematizada y que se opte por el uso de otros significantes (no, o no exclusivamente, médicos), tales como “proceso”, “tránsito”, “condición”, “malestar” o “vacío”.

En algunas producciones literarias y culturales actuales, los sujetos llegan, incluso, a partir de una experiencia de enfermedad, de “malestar” o del “vacío”, a ir más allá no solo del concepto biomédico de enfermedad, sino también más allá del concepto moderno de cuerpo y de individuo. Este hecho, como veremos con más detalle en los próximos apartados, aparece dotado de una potencia crítica y política inaudita en tanto que dichas nociones se encuentran en la base de la práctica

² De acuerdo a las características que Deleuze (1996 y 2012), Foucault (1992) o Badiou (2000) atribuyen a este concepto.

³ En el sentido de “síntoma social”, si seguimos a Zizek (2003), Sloterdijk (2001), Brea (2009) o Araujo (2006); esto es, como formaciones que apuntan (desde lo Real) a un funcionamiento patológico de nuestras sociedades y que revelan una falla, una imposibilidad, en el orden social y simbólico contemporáneo; y en el sentido, también, de que su experiencia (y no solo ya su “formación”) está condicionada por factores de orden social, tales como los estigmas que rodean a ciertas enfermedades o el estadio de la investigación o la tecnología médica en relación con otras (véase Sontag, 1996; Haraway, 1995; o Brea, 2009).

y el discurso médico (Le Breton, 2002; De Sousa Santos, 2003; Foucault, 2007) y, a la vez, de las prácticas biopolíticas modernas y contemporáneas (Foucault, 2008 y 2012; y Esposito, 2009a).⁴

Este pasaje puede ser leído, en los textos literarios con los que he trabajado, a partir de distintas estrategias formales, narrativas, poéticas. En este artículo nos vamos a detener en una de ellas, que si bien implica asimismo múltiples recursos, consiste, básicamente, en la puesta en escena de un sujeto que ha perdido o que se desprende de sus rasgos “personales” —esto es, “individuales”, si recordamos los vínculos que establece Roberto Esposito entre las categorías de “persona” e “individuo” (2009a y 2012).⁵ Lo haremos a través de un recorrido por la obra de Chantal Maillard.

2. VACÍO

Soy un vacío que dice ser algo (Maillard, 2010: 213)

En la obra de Maillard detectamos una voluntad, compleja y extendida a lo largo de un periodo de tiempo considerable, de elaborar una experiencia a partir de un estado de “malestar”; una experiencia que podríamos reconocer, creemos, como una “experiencia del vacío”.

Una “experiencia del vacío”, primero, porque dicho significante aparece en numerosas ocasiones y diseminado a lo largo de su obra y porque ocupa en ella un lugar preeminente (entre otros significantes como la “ansiedad”, el “pánico” o el “insomnio”). Una “experiencia del vacío” y no de “enfermedad”, además, porque a pesar de que esta circunstancia —la pregnancia del “vacío” y la presencia del resto de síntomas— da cuenta sin duda de una situación de malestar, la que habla, en su textos, nunca afirma que ese, la enfermedad, sea su estado, que haya sido diagnosticada o medicalizada o que se perciba a sí misma de este modo, como sí ocurre en cambio en otros textos en los que también aparece el significante “vacío” —en *Las partículas elementales*, de Michel Houellebecq; o en *Porno ficción*, de Diego Doncel—.

⁴ “Sin duda —escribía Foucault—, el objetivo principal hoy no es... sino rechazar lo que somos. Nos es preciso imaginar y construir lo que podríamos ser para desembarazarnos de esta ‘doble coerción’ política que es la individualización y la totalización simultáneas de las estructuras del poder moderno... Nos es preciso promover nuevas formas de subjetividad rechazando el tipo de individualidad que se nos ha impuesto durante siglos” (cit. en Morey, 1990: 24).

⁵ En mi investigación he distinguido, además, otros dos grupos de estrategias mediante las que los textos literarios dan cuenta de una impugnación del concepto moderno de “individuo”: la narración de un proceso de “corrección” o “desaparición del yo”, que era percibido antes de la enfermedad o la emergencia del malestar como un “yo” fuerte y perfectamente definido. Este proceso está directamente vinculado, en casi todos los casos, al reconocimiento de la vulnerabilidad que nos constituye en tanto que humanos y de la dependencia del otro que esta supone (en tanto que soy vulnerable a él). Es lo que ocurre en textos como *Ebrio de enfermedad*, de Anatole Broyard (2013), *Hablar solos*, de Andrés Neuman (2012) o *Impuesto a la carne*, de Diamela Elit (2010); o, en segundo lugar, a través de la irrupción de una “lengua”, la de los sujetos enfermos y/o del malestar, que está fuera del lenguaje y que apunta también a una dimensión “impersonal” (Esposito, 2009a y 2012) de dichos “sujetos”, en tanto que “animales humanos” y por fuera de los rasgos individuales o personales que le caracterizaban antes de la experiencia de enfermedad o del malestar (o antes de un instante concreto de ella). Dicha lengua emerge en textos como “Denis”, de Roberto Echavarrén (2009), *En la orilla*, de Rafael Chirbes (2014) o en *Lo real*, de Belén Gopegui (2001). He presentado mis conclusiones, en relación con este conjunto de estrategias literarias, en mi Tesis Doctoral y en diversos textos y revistas académicas (véase Martínez, 2016, 2017 y 2018, en prensa).

De hecho, la idea de “enfermedad del vacío”, que es la que recoge *Porno ficción*,⁶ proviene de la obra de Franco Berardi (2010), que realiza una lectura en clave patológica de una propuesta teórica que, por su parte, no contempla dicha clave. Berardi parte aquí de un texto del analista Massimo Recalcati, titulado precisamente *La clínica del vacío*, en el que no se atribuye el carácter de enfermedad a la “percepción” del “vacío”. Recalcati prefiere hablar, de acuerdo a su ámbito de trabajo y de discurso, de “nuevos síntomas” para referirse tanto a ese “vacío” como a la “depresión”, la “ansiedad” o el “pánico”, en una constelación sintomática (no “patológica”) en la que podemos reconocer a la hablante de los textos de Maillard. Síntoma, entonces, y no enfermedad. “Experiencia del vacío” y no “experiencia de enfermedad”.⁷

3. PÁNICO

El pánico es
un furor detenido (Maillard, 2007: 21-23).

El sujeto que atraviesa los textos de Maillard hace referencia en efecto a una serie de síntomas que se sitúan en el horizonte de sentido que dibujan los estudios de Recalcati y los textos de Berardi (en la relectura que este hace de dichos estudios). En primer lugar, localizamos un primer grupo de síntomas, *a priori* menos graves, que aparecen tanto en los poemarios (*Husos, Hilos*) como en los diarios (*Filosofía en los días críticos, Diarios indios*) en los que la hablante maillardiana proyecta su voz. Así, por ejemplo, sabemos que quien escribe las entradas de los *Diarios 1996-1998* experimenta un “cansancio” que remite tanto a una suerte de “indisposición general” (Peran, 2016) como a un cansancio localizado específicamente en los ojos, y que parece causado por una exposición prolongada al flujo de información de una pantalla (especulando: a un trabajo cognitivo). Es significativo, además, que el sujeto entienda que esta reacción del organismo está relacionada también con el efecto de individualización que resulta de dicha práctica: “Por fin algo en mi organismo –escribe– rinde cuentas al tiempo. Mis ojos se cansan... He mirado con mis ojos, los he usado, gastado y no he logrado ver más allá de mí misma. No he visto lo que importa”. Asimismo, la hablante se encuentra en un estado de “pereza” (“la enorme pereza planea sobre mí como si fuera un ave carroñera”), ante la que, de forma igualmente ilustrativa, trate de imponerse una actividad y una rutina: “Empiezo y termino las obras, las tareas; me impongo un horario con márgenes estrictos y

⁶ “Recoge tus cosas y no quieras saber si serán salvados estos enfermos de vacío” (Doncel, 2011: 61).

⁷ Por otro lado, hablamos de una sola “experiencia del vacío”, de un solo sujeto que la elabora, la crea y se recrea en ella (como veremos a continuación), porque parece evidente que es solo un sujeto, el mismo, el que habla en todos los textos. Evidente por motivos digamos internos a los textos: la reiteración de ciertos temas, elecciones estilísticas, etc.; y también por motivos externos, como la inclusión de un mismo texto o fragmento en distintos libros e incluso por las invitaciones explícitas, por parte de la autora, para que veamos una continuación entre ellos. Así, en una “Nota a la edición” de *Hainuwele* (Tusquets, 2009), por ejemplo, Maillard explica cómo ha organizado, en este libro, distintos materiales que han aparecido ya en otros (*Lógica borrosa, Conjuros, Filosofía en los días críticos*, etc.) para después afirmar: “Estas reiteradas apelaciones entre mis libros de poemas y mis diarios son cualquier cosa menos arbitrarias. No solo son una manera de salvar las fronteras que denominamos ‘géneros’, son también y sobre todo los enlaces invisibles, las referencias que invitan al lector a convertirse en detective y a realizar los gestos que le llevarán, de uno a otro libro, a reconstruir la trama en la que un poema es apenas el segmento de una hebra” (2009: 14).

considero el tiempo algo así como una guía para descarriados. Juego a la existencia”. Sin embargo, este síntoma, la “pereza”, parece que funciona como un rechazo de ese tipo de actividad a la que el sujeto se obliga. Precisamente, como el “cansancio” u otros estados (el “hastío” o la “impotencia”) que quizás pudiéramos incluir también en este primer grupo (Maillard, 2007: 21, 56, 87; y 2010: 13, 54 y 70).

En segundo lugar, este sujeto experimenta otro conjunto de síntomas con los que le resulta más complicado relacionarse y que nos informan de una situación *a priori* más “herida”⁸; síntomas en los que Berardi veía el “efecto de una sobrecarga excitatoria”, y que se diferencian de los primeros (del “cansancio”, la “pereza”, etc.) porque estos estaban asociados, por el contrario, a una “desinversión de la energía” (2010: 227-235).⁹ Nos referimos, ahora, a la “ansiedad”, al “insomnio” o al “pánico”. Síntomas, todos ellos (los del primer y los del segundo grupo), en cualquier caso, que “han alcanzado una difusión epidémica” en las sociedades del “capitalismo avanzado” (Recalcati, 2007: 191) y que por tanto deberíamos comprender también, como señalan Recalcati y Berardi, en relación con las condiciones y las formas de vida de dichas sociedades. Ambos autores coinciden en que no es posible desligar del todo “las profundas transformaciones sociales” de las últimas décadas de la emergencia masiva de los síntomas mencionados (Recalcati, 2006: 3). Berardi realiza, en este sentido, una lectura en clave sociológica, articulada alrededor de la evolución y de la difusión de la tecnología (las pantallas) en los espacios laborales y cotidianos de los sujetos contemporáneos: “Más que una enfermedad”, termina reconociendo, cada uno de estos síntomas parece “el intento de adaptación del organismo... a un ambiente en el cual el contacto afectivo ha sido sustituido por flujos de información veloces y agresivos”. “El organismo adopta instrumentos para la simplificación y tiende a allanar las respuestas psíquicas, a confeccionar el comportamiento... en un contexto acelerado” (2010: 75 y 208). Recalcati, por su parte, aunque acepta el análisis sobre la evolución tecnológica que propone Berardi, realiza una lectura en clave psicoanalítica (lacaniana), que vendría a complejizar (a complementar en algunos aspectos y a cuestionar en otros) la propuesta de este –de Berardi. Para el analista, de entre las transformaciones sociales de las últimas décadas, “una de las más significativas es el cambio de signo del imperativo sostenido por el súper-yo social actual en relación con el freudiano” (2003: 3):

Mientras que el súper-yo freudiano exige la renuncia pulsional, el súper-yo contemporáneo parece situar el impulso de gozar como un nuevo imperativo social. En efecto, las formas sintomáticas de malestar en la cultura están hoy en estrecha relación con el goce, son auténticas prácticas de goce (perversiones, toxicomanías, bulimias, obesidad, alcoholismo) o manifestaciones de un cierre narcisista del sujeto que produce un estancamiento del goce en el cuerpo (anorexias, depresiones, pánico) (Recalcati, 2006: 3).¹⁰

⁸ “No inventamos la herida. Venimos / a ella y la reconocemos”, leemos en *Matar a Platón* (2004: 63).

⁹ En cualquier caso, como señala Berardi (y más allá de que esta distinción nos resulte útil ahora), siempre existe un “cruce” entre estos dos niveles, dado que es “la hiperexcitación frustrada” la que conduce a “una desinversión de la energía libidinal” que puede alcanzar la forma o que en ocasiones es diagnosticada como “depresión” (2010: 227-235). Aunque no ocurre en los textos de Maillard (no hay diagnóstico y el sujeto no se ubica ahí), no debemos perder de vista esta secuencia.

¹⁰ Seguimos la traducción al español que encontramos en *Generación Post-alfa* (Berardi, 2010).

Según Recalcati, el sujeto contemporáneo se somete al “impulso de gozar” (a través del trabajo, de las “ceremonias comerciales” del consumo, de determinadas tecnologías corporales, etc.) porque en estas prácticas de goce encuentra una respuesta a la “dispersión” y la sensación de “irrealidad” que amenazan su existencia (o su “inexistencia”) cotidiana. En tanto que, como había advertido Lacan¹¹, el “impulso de gozar” es el “nuevo imperativo social” y el sujeto se somete a él, Recalcati puede afirmar que “la adaptación social” que se desprende de este sometimiento “se configura —a su vez— como una interpretación... de un papel que trata de compensar o de enmascarar un vacío fundamental en la constitución... del sujeto”. Con esto no quiere decir que el sujeto juegue o trate de ser algo que no es, sino que ese “papel” “instituye” precisamente al “sujeto que no existe”, cubre “su vacío de ser fundamental”. Esto explica por qué esta serie de “nuevos síntomas” se “expresa” cada vez más “como adaptación rígida a la norma”. Porque el sujeto lo necesita para existir (2003: 14-15).¹²

¿Da cuenta o es útil esta explicación para comprender el proceso que atraviesa la hablante de los textos de Maillard? Tal vez sí en relación con una fase inicial y/o con algunos picos (o caídas) en las que esta, de algún modo, se retrotrae a esa fase o posición. En algunos pasajes podemos observar que la que habla aquí es, como sugería Recalcati a propósito del sujeto contemporáneo, alguien que se percibe a sí mismo como “inconsistente”, incluso como “irreal” (“Entre mi ser y mi parecer, no hallo lugar donde encontrarme. Mi ser: un falso supuesto”), que como consecuencia de ello necesita construirse de forma permanente, “realizarse” (“Mi parecer: aquello que construyo con esfuerzo, mi trabajo de cada día, el resultado de esa necesidad de ser siempre más”), de acuerdo, por lo demás, con la figura neoliberal del sujeto como “emprendedor de sí mismo” (“Un esfuerzo es un paso —esto es, un movimiento— hacia un futuro”) y con la idea de la vida como “movilización” por el capital (López Petit, 2009). En tanto que el sujeto contemporáneo teme no “construirse” con suficiente solidez o en tanto que, cada vez con más frecuencia, no consigue “realizarse”; en tanto que no soporta más ese “esfuerzo”, esa “percepción” de “inexistencia” desemboca en síntomas como la “ansiedad” o el “insomnio”¹³ (Maillard, 2010: 97, 210 y 213; y Recalcati, 2003: 13-14).

¹¹ En relación con sus tesis acerca del “discurso capitalista”. Véase la conferencia que pronuncia Lacan en Milán el 12 de mayo de 1972 sobre el tema “Del discurso psicoanalítico” (fragmento disponible aquí: <http://www.psicoanalisis.org/lacan/capitalista.htm>) o el desarrollo que realiza Jorge Alemán sobre las implicaciones más recientes de los postulados lacanianos en *Horizontes neoliberales en la subjetividad* (2016).

¹² El personaje de Michel, en *Plataforma*, lo resumía del siguiente modo: “De pronto me di cuenta, incómodo, de que pensaba que la sociedad en la que vivía era algo así como un medio natural —digamos una sabana o una jungla— a cuyas leyes había tenido que adaptarme. La idea de ser solidario con el medio nunca se me había ocurrido; era como una atrofia en mí, una carencia. No estaba muy claro que la sociedad pudiera sobrevivir mucho tiempo con individuos como yo; pero yo podría sobrevivir” (Houellebecq, 2013: 288-289).

¹³ El “insomnio” se inscribe en esta lógica en tanto que el sujeto, según la hablante maillardiana, teme la “desrealización” de sí mismo incluso en el sueño. Resulta de nuevo muy significativa la distancia que marca en cualquier caso la hablante entre el síntoma y la enfermedad: “Hay quien cree que el insomnio es patológico cuando, en realidad, es un síntoma: indica hasta qué punto necesitamos ‘realizar’ lo que vivimos en la conciencia habitual y cotidiana, indica el peso de esa realidad y el grado de la costumbre. Con la pérdida del sueño perdemos la capacidad de ausentarnos, de ausentarnos de nosotros mismos, ausentarnos del yo. Y nuestra presencia se va haciendo tan densa que llega a asfixiarnos en los confines de nuestro cuerpo, de nuestras pertenencias, de nuestra trágica autonomía” (Maillard, 2010: 97).

Sin embargo, creemos que, en ciertas situaciones, los síntomas que Recalcati y Berardi citan pueden expresar algo más que un intento de “adaptación rígida a la norma”. Creemos, de hecho, que en una fase aguda ciertos síntomas pueden constituirse, de facto, como una forma de resistencia a esta. Es lo que ocurriría, en los textos de Maillard, en relación con el pánico, que asoma también como síntoma de una sociedad “movilizada” y que funciona al parecer como una forma de rechazo de dicha “movilización”, en la línea de las conjeturas de López Petit (2009) y Peter Sloterdijk (2001).

Según el autor de *Esferas*, el sujeto no se encuentra “movilizado” únicamente en relación con la actualidad. Este autor ve en el proyecto de la modernidad, en su conjunto, un proyecto asimismo de “movilización”. La modernidad, ligada a la idea de “progreso”, sería un movimiento constante hacia delante (una “*utopía cinética*”) que es acometido y llevado a cabo por el propio sujeto de forma “espontánea” y “acrítica” (2001: 20-30). La “movilización global” a la que se refiere López Petit (2009) sería, por tanto, si aceptamos esta lectura, una última fase de dicho proyecto. Justamente la fase que demuestra que este “ha fracasado”: “Del núcleo de la empresa modernizadora –escribe Sloterdijk–, de la conciencia de un automatismo espontáneo regido por la razón, surge un movimiento extraño y fatal que se nos escapa en todas direcciones”. Lo que se presentaba entonces como una “salida” racional “hacia la libertad” ha resultado ser en definitiva “un resbalón hacia una heteromovilidad catastrófica”. Pues bien, precisamente en este punto entra en escena el pánico. Porque introducir una “dimensión cinética”, como hace Sloterdijk, en nuestros análisis del presente –esto es, una reflexión sobre los efectos del movimiento y de la actividad constante, de la “movilización global”– significa, según este autor, que tenemos que pensar en sus “frases pasivas” – en “la vacuidad”, “las depresiones”– y también en “la congestión, la vorágine” y el “pánico” “inherentes” a dicho proceso (2001: 22-25).

En principio, si nos atenemos a esta afirmación, parece que Sloterdijk apunta de nuevo a la constelación de síntomas de la que nos estamos ocupando: se refiere explícitamente a la “vacuidad” e incluye en una única serie la depresión y el pánico. Sin embargo, creemos que deberíamos tomar esta afirmación más como una confirmación de lo oportuno que puede resultar incluir en un mismo horizonte de sentido a una –la depresión– y a otro –el pánico– que como el objetivo de este análisis. Si “cada época tiene su estilo de estar insatisfecho del mundo”, el estilo de nuestra época remitiría, específicamente, para este autor, al “pánico” (2001: 65). Este síntoma, entonces, debe entenderse como una “reacción psicológica de la masa”, como una reacción “adecuada”, en tanto que interrumpe su forma de vida, su participación en la “movilización global”.¹⁴ El ataque de pánico funcionaría como el hito que vendría a inaugurar una “frase pasiva” en la vida del sujeto después de que esta –esa vida– hubiera sido lanzada (también por el propio sujeto) al movimiento del progreso y expropiada finalmente por el capital en su forma (“desbocada”) de “movilización” (López Petit, 2009: 28). “La cultura pánica empieza –señala Sloterdijk– donde termina la movilización” (2001: 84).

¹⁴ Cuando el sujeto “pierde la serenidad”, escribe, “está haciendo lo que debe”: “El pánico es la manera de ser obligada de la consciencia plenamente inmersa en su tiempo, en nuestro tiempo”, “el tono inteligente del momento”, la “frase pasiva” que responde a una “frase –demasiado– activa” (Sloterdijk, 2001: 66).

En este sentido, entonces, creemos que podríamos leer a la hablante maillardiana cuando afirma, en *Hilos*, que “el pánico es / un furor detenido” (Maillard, 2007: 21-23):

Suele ocurrir también
que, sostenido aún en movimiento,
alguien caiga
en la abertura del pánico.
... Su tiempo, entonces,
queda detenido. En el
pánico (Maillard, 2007: 23).¹⁵

En la misma línea, la hablante cifra explícitamente el deseo de sustracción de la vida “movilizada” en los *Diarios 1996-1998*.¹⁶ El imperativo de la productividad, la competitividad y de la valorización de una serie de comportamientos (productivistas, competitivos, etc.) se oponen, aquí, a otros que, si bien no son socialmente valorados y pueden dar lugar a formas de vida no reconocidas –y por ello virtualmente suprimibles–, son tomados como la condición para “imaginar” otras vidas posibles (Maillard, 2010: 142).

Imagina un día... en que de ti no quedase nada, que no quedase nada de todo lo que hiciste durante todo el día,... que de todas aquellas palabras y gestos no sacases provecho, que pudieras decir con toda honestidad que fue todo inútil, un tiempo malgastado, un hueco en la pantalla futura de tus sueños, detención del empeño. Postergado el esfuerzo, nada queda de ti para ti y adelante, no ganas de ningún modo el futuro que debes acordar en el hoy como si hicieses trato continuo con la historia. Imagina ese día en que no hubieses empeñado tu vida en la dura tarea de hacerte valer por encima de todo, por delante de todos (Maillard, 2010: 127-128).

Para este sujeto se trata, “en fin”, de “no actuar”, o siquiera de actuar “lo menos posible. Para / no añadir. // Progresivamente, el mundo” quedaría, así, “detenido”. Porque solo así, soltando (“progresivamente”) los lazos con esa forma de vida anterior, “declarándole la guerra” a la productividad, a la competitividad, a “la voluntad de logro”, solo “diciéndole” que “NO” a ese futuro (privado, individualizado), a cada una de las acciones que le llevan a él, “deteniéndose”, puede volver

¹⁵ Que destaquemos el carácter de rechazo que el pánico parece cumplir para la hablante de los textos de Maillard, y acerquemos la lectura de este síntoma, en ellos, a la interpretación de Peter Sloterdijk, no significa, en cualquier caso, que desestimemos los argumentos de Recalcati o Berardi alrededor de dicho síntoma. Nuestra intención es, insistimos, subrayar esa dimensión reactiva del síntoma, dado que esto no ocurre, o no con tanta fuerza, en los textos de estos autores. Por lo demás, aceptamos plenamente, dado que es una tesis complementaria a la argumentación que acabamos de exponer, que el pánico emerja asimismo, como señala Recalcati, “frente a la imposibilidad de identificar, de delimitar eficazmente, el objeto dañino del cual proviene la amenaza”. La “inseguridad” del sujeto, de la cual surge el pánico, estaría en relación con “la pérdida de los límites... de nuestra experiencia” (2007: 193), vinculada, a su vez, posiblemente, con la configuración material de las sociedades contemporáneas, tal y como las definía Berardi. Esto es: unas sociedades organizadas en torno a la precariedad económica y una presencia del poder difusa, y atravesadas por un flujo de información, un “flujo infonervioso”, igualmente difuso e ilimitado, en movimiento y crecimiento continuo (2010: 81-82).

¹⁶ “La operación que da cuenta de mi vida actualmente es una resta” (2010: 142).

a prestar atención a su soledad,¹⁷ desde el cuerpo: porque solo desde aquí podrá hacer la experiencia del “vacío” y podrá llegar a vivir una vida *otra*, en el que este no sea constantemente taponado y maltratado (Maillard, 2010: 16).

4. CUERPO

Sin cuerpo no se puede (Maillard, 2010: 11)

El cuerpo es un motivo nuclear en la producción literaria y crítica de Chantal Maillard. El cuerpo como elemento recurrente en los libros de poemas (*Husos, Hilos*, etc.), como tema en las obras de filosofía y/o estética oriental (*La razón poética* o *Contra el arte*) o como condición de escritura en los diarios; el cuerpo no como instancia de “estancamiento del goce”, sino más bien como una forma atravesada, escrita, por el vacío. Los *Diarios 1996-1998* son, en este sentido, un texto paradigmático en la obra maillardiana. Aquí, después de una primera entrada muy breve, de apenas una línea, que nos recuerda que el contexto en el que estos están escritos es un contexto “crítico”, nos topamos con una segunda entrada que está ya dedicada al cuerpo y en la que este es definido no solo como la “condición” de escritura sino también como condición de vida, como el lugar desde el que inevitablemente se vive (el “vacío”): “Sin cuerpo no se puede”. Esta entrada marca, así, el lugar que va a ocupar el cuerpo en los diarios y en el conjunto de la obra de la autora (2010: 11). En un texto posterior, un ensayo dedicado a la India, Maillard desarrolla esta afirmación y aclara su posición con respecto a ella: “Desde que el pensamiento se ha independizado del cuerpo —afirma aquí—, nuestro lugar, nuestro mundo, se ha hecho menos habitable”. Para la autora, la India es un ejemplo de un lugar que se ha pensado y se ha hecho con el cuerpo (en particular, señala, desde el oído, y por oposición a las sociedades occidentales, en las que prima el sentido de la vista, mucho más susceptible a proyecciones eidéticas) y por esto, al menos para ella, resulta un lugar más “habitable” —más “habitable”, si pensamos en el conjunto de su obra, en tanto que parece más propicio para elaborar una experiencia y un saber-hacer con el vacío. En este sentido, para la hablante maillardiana, habría que salvar la distancia que existe entre pensamiento y cuerpo y volver a aprender a vivir desde esa “condición” —“bajar / al / cuerpo” (2013: 248-249 y 2015: 13).

¹⁷ Nos referimos no ya a la “soledad sociológica”, que estaría igualmente colonizada por el capital, sino a un tipo de soledad “estructural”, en clave lacaniana. “El término “Soledad” —como señala Jorge Alemán— procede directamente de la enseñanza de Lacan, ya que lo emplea, aunque en muy pocas ocasiones, para hacer referencia a la soledad del Sujeto en su constitución vacía. El sujeto lacaniano surge como un vacío sin sustancia y sin posibilidad de ser representado en su totalidad por los significantes que lo instituyen. Su soledad es radical, en la medida en que ninguna relación “intersubjetiva” o “amorosa” puede cancelar en forma definitiva ese lugar vacío y excepcional”. Para Alemán, esta soledad es un tipo de soledad “común”, en tanto que existe este “Común ontológico estructural” (un “Común” que copertenece a la soledad del sujeto” y que por lo tanto “debe ser distinguido de las “propiedades comunes” o “fundamentos comunes” que intenta colmar el vacío entre la Soledad y el Común. Hay —recuerda Alemán— el “Común” ontológico estructural y las manifestaciones imaginarias de lo común”) (2012: 11-18). Desde una posición afín a las consideraciones de Alemán, en los *Diarios 1996-1998* se dice: “Todos somos lo mismo. Y sin embargo, ¡estamos tan solos!... Podemos pensar que “todos estamos solos”, pero no podemos tener acceso todos a una misma soledad” (2010: 213).

En sus diarios (*Diarios indios, Filosofía en los días críticos, Diario de una razón dividida* —no editado— y *Diario de Benarés*) y en el grueso de sus poemarios (*Husos, Hilos, La herida en la lengua*) nos encontramos entonces con un sujeto que parte de este principio. Un sujeto que, para ello, parece que ha llevado a cabo dos acciones (siquiera, en determinados periodos de su vida): primero, la acción de distanciarse, físicamente, de las sociedades occidentales (para viajar a la India); y, segundo, la acción de recluirse, a solas, en un espacio privado. Así, el sujeto de los textos de Maillard (sobre todo, de los últimos) se describe a menudo en un “cuarto” en la que apenas se contabilizan objetos (un “rectángulo gris”) y que permanece ya “demasiado tiempo” “cerrado” (“la trampa, / clausurada”), lo que efectivamente nos hace pensar en una suerte de reclusión sostenida y consciente. Este reconoce que durante un tiempo considerable de la estancia en este “cuarto” se dedica a estar echado en la cama, “alargado en rectángulo”, como en espejo del habitáculo (“gris”, “cerrado”), sin hacer nada, “detenida” (“La cabeza, por tanto, / en la almohada. Los ojos / a veces entreabiertos. Para / la claridad. A veces / cerrados”). Esta circunstancia supondría de facto, tanto una dificultad, una precaución añadida, a cualquier iniciativa eventual de volver a “movilizarse”. Aquí, el sujeto debería incluso realizar una serie de acciones antes siquiera de intentarlo: “salir... / de una casa y antes aún, / de una habitación y para ello, / levantarse” (“Los pasos no se dan”, ni siquiera “esos que se precisan para llegar a la ventana”); como una posibilidad para “volcarse” hacia el “percibir” del cuerpo y hacer la experiencia del “vacío”: “Al hallarme en esa pura sensación,... —escribe— me hallo frente a mí misma: posibilidad de percibir (cosas), posibilidad, o sea: nada; me hallo a mí misma, que es tanto como decir que hallo la nada de mí”. Al haber conseguido “movilizar” solo su atención (“Movilizar la atención / adormecida”), el sujeto advierte que hasta ahora se había identificado con los significados atribuidos *a priori* a esas percepciones (“mi nada es lo que se llena con las cosas que percibo”)¹⁸ y por tanto que esto no es ya necesario. “Atenta a la percepción en sí misma”, “volcada del lado del sujeto en lugar que del lado del objeto”, la hablante se encuentra ante su “vacío”, ante lo que el vacío escribe (¿o borra?) en su cuerpo y por lo tanto ante la posibilidad de crear otras significaciones (o ninguna) y otra forma de estar en el mundo (Maillard, 2007: 83, 87, 101, 105 y 108; 2010: 212-213; y 2015: 93).

Desde esta posición, de hecho, es que esta puede estar y reconocerse, en un reconocimiento no patológico, sustraído de ese significante, en la “pereza” (“la pereza... me devuelve al centro de mí misma, ahí donde la nada se ensancha y en sus orillas me repito, me repito, me repito”), en la “tristeza” (“Vuelvo a mí misma en la tristeza, fuera del quehacer que me dispersa en esa vida que bulle sin peso, sin presencia apenas”) o en el “sufrimiento” (“Acaricio mi sufrimiento. Lo acaricio y lo cuido porque es lo que más se me parece”); porque esos estados, esas experiencias, no le ofrecen ya ningún “consuelo” (del lado del objeto) y porque en ellos el “yo”, según la hablante, se convierte en

¹⁸ El fragmento sigue en estos términos: “Mi nada se convierte en algo con las cosas, con lo que no soy, y entonces digo que soy algo, siendo todo lo que no soy. Es curiosa esa identificación con lo externo, esa apropiación de lo otro, ese llenado. Soy un vacío que dice ser algo y no sabe que aquello a lo que se refiere es a lo que percibe, al conjunto de sus percepciones —aprendidas” (Maillard, 2010: 213).

su “deseo” (porque aquí no se identifica con el deseo del Otro): “sufrir –afirma– es la manera más firme de decir “quiero””¹⁹ (Maillard, 2010: 13, 70 y 77).

La “experiencia del vacío” en carne propia funciona en los textos de Maillard como la única base que permite al sujeto no llenar (o al menos no sin advertirlo) dicho “vacío”, no llenar la “angustia” o el “malestar” con los objetos que el orden socio-simbólico le ofrece y con los que le domina; como el único modo que puede permitirle construir una experiencia de vida distinta a la que ese orden instaure –y que pueda ser, finalmente, como veremos en el último apartado, una experiencia común²⁰. Ahora, no obstante, queremos todavía indagar en un último aspecto de la “experiencia del vacío” que realiza la hablante en estos textos: precisamente, la palabra, la función que cumplen en ella, en dicha experiencia, la escritura y el discurso poético (Maillard, 2010: 192-195).

5. PALABRA

Me in-formo en la palabra (2010: 20)

La palabra cumple una función triple en la “experiencia del vacío” que realiza la hablante maillardiana. En primer lugar, la escritura hace posible que este sujeto instaure una distancia con respecto a aquellos síntomas que en un primer momento dificultan en extremo su vida. De este modo, una vez que estos han sido trasladados también al espacio de lo simbólico, el sujeto puede tratar con ellos con una cierta holgura y elaborar una experiencia de vida, bajo un síntoma dado, menos dañada. La hablante de *Hilos* es particularmente explícita en relación con esta primera función de la escritura. En una de las “Notas al margen” de este texto, leemos: “Observarme en la pena, en el dolor, y construir o, simplemente, sobrevivir. Sin esa escritura, sin ese decirme desde la distancia que la escritura procura, no habría sobrevivido a tanta pérdida”. Es asimismo significativo que esa tarea, la de la supervivencia, se asocie a un “plazo corto”, que parece aludir en efecto al período de impacto de un “acontecimiento” y por lo tanto al período en que resulta más complicado la relación con el “vacío” que este parece “materializar” y subrayar (“Sobrevivir. A plazos. Plazos cortos. Plazos para sobrevivir. Vivir sobre”). En *Hilos*, este plazo se corresponde con el tiempo de una bocanada de aire, la que toma el sujeto y la que le va a permitir sumergirse más tarde en el fondo de dicho acontecimiento (“Volver a las palabras. / Creer en ellas. Poco. Solo / un poco. Lo bastante / como para salir a flote y coger aire / y así poder aguantar, luego, / en el fondo”) (2006: 15 y 2007: 55).

En uno de los ensayos que forman parte del volumen *Contra el arte y otras imposturas*, el ensayo “Sobre el dolor”, Maillard se refiere asimismo a la necesidad de implantar una distancia con

¹⁹ Como la hablante de los textos de Maillard, el sujeto de los poemas de Silvia Manzini, en *Hospital de Tigre*, hace referencia también a una suerte de transformación subjetiva, vinculada a una experiencia (en este caso sí) de enfermedad, en la que el “deseo” juega un papel central: la enfermedad aparece definida en este texto como un “lugar para hacer allí / un saber... / un nuevo cuerpo / del deseo” (2011: 7).

²⁰ “Ciertamente, el vacío es lo más auténtico de mí, pero en él no hay nada, ni yo misma. Yo ocurro en superficie, con todos los que sufren por querer ser algo más que vacío” (Maillard, 2010: 192-195).

respecto al dolor como paso previo para poder soportarlo e incluso hacer experiencia de él. La autora repite, aquí, que “la distancia” que “establece la mente cuando decide convertirse en observadora y convierte en objeto de observación al yo-cuerpo” no es ni una distancia ontológica (que partiría de una distancia supuestamente real entre la mente y el cuerpo. Nótese que en este punto se habla de un “yo-cuerpo”) ni una “distancia heroica” (que exigiese al sujeto unos valores o principios determinados), sino simplemente una “distancia estratégica” que permite al sujeto tratar con el dolor y hacer que su presencia sea soportable (2013: 132-135). En el poema “Escribir”, que encontramos después de *Matar a Platón*, la hablante elabora poéticamente el papel (el primero) que se le asigna en este conjunto de textos a la escritura. Además del “dolor” o la “pena”, esta trata también aquí con afectos o síntomas como el “miedo” o la “angustia”:

escribir

para decir el grito
para arrancarlo
para convertirlo
para transformarlo
para desmenuzarlo
para eliminarlo
escribir el dolor
para proyectarlo
para actuar sobre él con la palabra.

escribir

... para aplazar la angustia
como simulación
para guiar la mente y que no se desboque
para controlar lo controlable.

escribir

como quien deja la luz encendida
y duerme de pie sobre sí mismo
para saldar las cuentas con el miedo (Maillard, 2004: 72-73).

La segunda función que desempeña la escritura en el discurso del sujeto maillardiano consiste ya no en instalar una distancia con respecto al síntoma, sino en apuntar, de facto desde la distancia de lo escrito —y una vez que el sujeto es capaz de hacerlo—, a “lo Real” de dicho síntoma, con el objetivo de acompañar su acontecimiento (el acontecimiento del “vacío”) y su experiencia, para otorgarle a esta, aunque parezca paradójico, una cierta “consistencia”, una dimensión de “realidad” mayor, una

dimensión efectivamente física, corporal (“escribir” para “que las cosas aparezcan”)²¹ (Maillard, 2004: 82). “Elegir escribir” significa ahora para el sujeto “situarse” “en el punto de mira”, “concentrarse” “en el punto”, “apuntar al blanco” (Maillard, 2007: 27 y 2004: 74). La que escribe los *Diarios 1996-1998* afirma que “el destino de la palabra es desintegrarse cuando llega a tocar lo que es más sólido que ella: la carne; desintegrarse como se desintegra cualquier signo apenas cumple su cometido que es el de mostrar aquello a lo que apunta”. La escritura por tanto en esta función persigue, consigue, que la palabra se “encarne” (“su destino es encarnarse”) (Maillard, 2010: 23).

El efecto que esto, a su vez, provoca es que el discurso literario aparezca como una forma posible de resistencia a los discursos (de orden médico) que atribuyen los significados a un síntoma, a una “percepción” dada, en tanto que antes (o incluso después) de que estos lleguen la literatura genera el espacio propicio para la creación de un significado nuevo. “Solo la palabra que no dice”, esto es, la palabra que “apunta” a “lo Real”, que “apunta al blanco” (es decir, al “vacío”), como señala la hablante en sus diarios, “la palabra poética”, “amplía en vez de reducir”: “En el vacío, entonces —concluye—, puede que se... abran los ámbitos” (Maillard, 2010: 192). En el poema “Escribir”, que citábamos más arriba, se insiste asimismo en esta posibilidad. El sujeto habla aquí de “escribir / para no mentir / para dejar de mentir / con palabras abstractas” y en consecuencia de “escribir / para insignificar”, “para desdecir”, “para desdescribir” y para, “luego, volver a escribir”. Es lo que se hacía de hecho cuando se escribía y se proponía otro significado para la “tristeza”, el “sufrimiento” o la “angustia” (Maillard, 2004: 74-75, 78-79 y 80).

La tercera función que ejerce la escritura en los textos de Maillard, directamente relacionada con la segunda, incumbe a la posición del sujeto. Esto significa que la escritura no es únicamente el lugar donde se desarrolla y se re-crea la experiencia (en este caso) del “vacío”, sino donde este mismo, el sujeto, durante el transcurso de dicha experiencia, asimismo se crea y se re-crea (se “auto-transforma”). En este proceso de (de)construcción subjetiva por medio de la escritura podemos distinguir varias fases. De inmediato advertimos, efectivamente, que este proceso, que sirve a la hablante para volver a sí misma, esto es, a su “nada”, se produce también gracias a la escritura, apuntando de nuevo a esa relación de potenciación mutua entre la atención y dicha práctica. Lo afirma categóricamente en los *Diarios 1996-1998*: “Vuelvo a mí. Cada vez que abro el cuaderno de notas, vuelvo a mí. Vuelvo a mí en la escritura”. O: “En estos días temo levantar la mirada del texto en el que me refugio y vivo mi tiempo y mi medida, pues, por encima de las páginas... y del mundo que encadenan, planea todo lo que no soy”. En efecto, por “fuera de las páginas de arena clara” de ese diario se encuentra el mundo en su estado de actividad constante (de “movilización global”) y en tanto que lugar y forma en la que el sujeto olvidaría “la costumbre de ser” —de ser esa “nada” (Maillard,

²¹ En sintonía también, aquí, con las tesis sobre la función (o la potencia) de la literatura de Gilles Deleuze. Para este, como afirman Giorgi y Rodríguez, “lo que tiene lugar a nivel de los cuerpos,... solo se realiza como acontecimiento cuando el lenguaje lo inscribe y lo dispone como evento del sentido... La vida como potencia y como singularidad pasa por el lenguaje allí donde el lenguaje desborda la significación y se enfrenta con su propio límite. Y ese límite es el lugar de la literatura,... allí donde las palabras se deshacen de sus significados compartidos, de sus usos normalizados y de su poder normalizador, y se articulan con aquello que en los cuerpos marca... su trayectoria anómala” (Giorgi y Rodríguez, 2007: 25-26). Véase, de Deleuze, *Crítica y clínica* (1996).

2010: 45 y 212-213). En el poema “Escribir”, esta relación se explica en tanto que “elegir escribir”, aquí, implica “escribir / sin hacer concesiones” y “decir tan solo lo que cuenta” (Maillard, 2004: 74-75):

decir que a las once
de la noche de hoy
mientras la luz caliente
el lado izquierdo de mi almohada
y la sábana verde se desdobra
en el espejo del armario
estoy en mí
en el lugar en que acostumbro
a encontrarme
en este aquí hecho de extraña
duración en lo mismo
repitiéndome
en la carne dolorida (Maillard, 2004: 75).

En segundo lugar, constatamos que esa vuelta, en la que se materializa una suerte de sustracción de la forma de vida “movilizada”, permite a la hablante formarse en la palabra, crearse y recrearse en ella: de hecho, no tanto en la palabra escrita, en lo dicho, sino a partir de la posibilidad constante de decir y decirse, desde esa experiencia de la “nada”. Al fijarse en este instante previo a la escritura, al concentrar de facto y principalmente en él su atención, esta no solo no debilita sino que, si cabe, radicaliza el gesto de escribir: “Vuelvo a mí en la escritura –había dejado escrito en los diarios –; o antes aún, en la tensión que dispone a la escritura”. Esta tensión es el factor decisivo en los textos Maillard (2010: 45):

Me in-formo en la palabra y me in-formo en la escritura. Tomo forma pronunciándome. Pero lo familiar es iniciar el gesto, el impulso, el pro-yecto. Lo familiar no es el hecho, no es lo escrito, no es lo pronunciado, ni tampoco lo que está por hacer, por escribir, por decir, sino aquel ante-proyecto, informe, latiendo, latiendo (Maillard, 2010: 20).

Es decisivo, por lo tanto, porque constata de nuevo que el sujeto que hace la experiencia del “vacío” es capaz de articular una cierta resistencia a los discursos de poder que fijan los significados de los objetos (por ejemplo, de la sensación de “vacío”, patologizándola) y de paso a los mecanismos de producción de la subjetividad que dependen de ellos. Desde esa tensión, desde ese latido, resistente a los significados y los saberes instituidos, el sujeto escribe su propia experiencia y podría escribir una, su, nueva forma de vida.²² Si esto ocurriera, sería responsabilidad de los otros sujetos intentar percibirla, asimismo, “vacía” de significaciones hegemónicas, todavía sin

²² En este sentido, la poeta argentina Roberta Iannamico afirma: “Yo le digo poesía no al género literario sino a lo que está atrás de eso, antes que se convierta en palabras. Una forma de ver-sentir-decir-conocer-pasar por la existencia” (cit. en Kamenszain, 2006: 60).

descontextualizar.²³ Dichos sujetos podrían encontrar de esta forma en la escritura un ejemplo de una experiencia posible del “vacío” por fuera de las atribuciones médicas y la certeza de que otros modos de “subjetivación de sí”, no capitalistas, no individualistas, están al alcance de su mano —en verdad, de todo el cuerpo.²⁴ En definitiva: modos de “ser-en-común”.

6. COMÚN

Llegar a otro. Sin
otro. Sin llegar a.
... Sin (Maillard, 2007: 19)

Hasta ahora, entonces, hemos observado cómo, en los textos de Maillard, el sujeto que habla es capaz de realizar una “experiencia —no patológica— del vacío” y de desarrollar asimismo, como parte de dicha experiencia, un proceso de “auto-transformación” o “auto-subjetivación” que le podría permitir colocarse en una posición crítica (de tensión, de distanciamiento, de resistencia, etc.) con respecto a los procesos de producción de verdad y de subjetividad que articulan los discursos de saber-poder contemporáneos (el “discurso capitalista” pero también, en concreto, el discurso médico, en relación con determinados síntomas, diagnósticos, etc.). En este apartado, tendremos la oportunidad de advertir que la elaboración de una “experiencia del vacío” y el proceso de “auto-transformación” del sujeto ligada a esta pueden conducirlo, de hecho, en una fase ulterior, ya no a un proceso de “auto-subjetivación” sino de “de-subjetivación”, en la que el sujeto es capaz de “arrancarse de sí mismo” (de acuerdo a la idea de “experiencia-límite” de Foucault)²⁵ e ir más allá por tanto de la idea misma de sujeto y de individuo. En esta última fase, el sujeto se diluye, se descuida (se

²³ “La palabra que es peso..., las palabras de las que hablo son aquellas que interpretan el gesto —cualquier gesto— dándole consistencia y verdad en un lugar y destino inapropiados. Descontextualizar un acontecer imprimiéndole el carácter de otros acontecimientos, similares tan solo en el concepto, similares después de haberles abstraído todo aquello que los hace únicos, efímeros, totales, lo que los hace ser verdaderos “acontecimientos”, tiempos vividos, crecimiento del propio ser, del propio hacerse. Las palabras contra las que hablo son aquellas que des-viven el acontecimiento, lo desvirtúan para poderlo atrapar y situarlo así, situar lo que queda de él, su pura apariencia —pues el concepto es la apariencia de lo-que-ocurre—, situarlo allí donde nunca estuvo, donde no puede estar, donde nunca estará, donde nunca acontecerá” (Maillard, 2010: 28).

²⁴ “La máquina de hacer imágenes se activa con tu interés... y con ella fabrica las imágenes, aquellas imágenes que tienen tu talle, que imitan tus gestos, que cumplen tus deseos, tus pasiones y tus miedos. La máquina de hacer imágenes fabrica las imágenes con la materia que tú le prestas... Como la sombra de ti misma, volverás una y otra vez a sentarte en la butaca para ver pasar en la pantalla tu vida sin poder dirigirla. Te quedarás ahí aguardando que las imágenes te devuelvan un poco de tu ser, y llorarás porque sabrás que te han despojado de lo más importante: la posibilidad de crearte a ti misma... Ellas — las imágenes— decidirán por ti, convertirán tu materia —tu fuerza— en actividad consecuente... No habrá lugar para ti: tú ya solo *existirás*: te activarás fuera de ti, evolucionarás sin ti. Es preciso detener su curso, detenerse” (Maillard, 2010: 183-184).

²⁵ Una “experiencia-límite” es, según Foucault, aquella que implica un “máximo de intensidad y, a la vez, de imposibilidad” y que acaba en efecto por “arrancar al sujeto de sí mismo” (cit. en Morey, 2014: 151-154).

desconoce)²⁶ a y de sí mismo, se desfigura y puede tender a una forma de “estar en plural”, (Maillard, 2010: 119) que da lugar y remite a su vez a formas de experiencia común.²⁷

La poética del “vacío” que detectamos en los textos de Maillard dialoga, en este sentido, con las propuestas filosóficas fundamentales de las últimas décadas que giran en torno a las ideas de la “comunidad” y lo “común”. En particular, expone con suma precisión la diferencia entre la idea hegemónica de “comunidad” y una idea (por decirlo con palabras de Nancy) del “ser-en-común” (2006). Aquí vamos a observar cómo esa diferencia puede ser pensada a partir del “en” del “ser-en-común” —esto es, de la distancia que esta partícula evoca y que se opone también a esa noción totalizante de “comunidad” (Nancy, 2006: 41).

De esta diferencia, se ocupa asimismo en su obra Merleau-Ponty, a partir del motivo de la “carne”.²⁸ Un motivo que, como hemos visto más arriba, está presente también en la obra de Maillard e igualmente en relación con su “experiencia del vacío”. Es desde la realización de esta experiencia, como decíamos eminentemente física, desde donde la hablante concibe la posibilidad de “proyectar” sus “manos hacia un cuerpo” otro; “hacia un cuerpo”, escribe en sus diarios, al que quisiera “penetrar”, hasta “asentarse” en él, en su “carne”: “Más allá de ella, en lo que ella me cierra, me oculta, me limita, me rechaza, se defiende, defiende —la piel es límite defensivo de esa carne otra—, la carne más allá de la carne, carne más adentro, carne adentro”. Con esto, con ese “adentro”, la que

²⁶ En este sentido, Alemán afirma: “Las técnicas de gestión, los dispositivos de evaluación, los *coach*, los entrenadores personales, los consejeros y estrategias de vida son el suplemento social del sujeto neoliberal producido por los dispositivos de la racionalidad neoliberal. El sujeto neoliberal, viviendo... en el goce de la rentabilidad y la competencia y estableciendo consigo mismo la lógica del emprendedor está a punto de fracasar a cada paso. El *stress*, el ataque de pánico, la depresión,... —la sensación de “vacío”, podríamos añadir— etc., constituyen el medio en que el sujeto... ejerce su propio desconocimiento de sí, con respecto a los dispositivos que lo gobiernan” (2013).

²⁷ Ver y tener en cuenta la nota 17, que alude a la diferencia, señalada por Alemán, entre un “Común que copertenece a la soledad del sujeto”, un “Común ontológico estructural”, y “las manifestaciones imaginarias de lo común” que intentan, precisamente, “colmar el vacío entre la Soledad y el Común” (2012: 11-18). Las formas de “estar en plural” o de experiencia común a las que remite Maillard apuntan, parece, a formas de (producción de) subjetividad y de experiencia que resisten a la noción moderna de “individuo” y que, a la vez, no cancelan la Soledad estructural del sujeto. Formas de “ser-en-común”, entonces y por otro lado, siempre puntuales.

²⁸ Según el autor de la *Fenomenología de la percepción*, el origen de toda noción “frustrante” de comunidad se encuentra en la idea de la “intersubjetividad” —de la escena que la materializa. Esta escena, la de dos sujetos enfrentados que se comunican, parte y toma como verdad, en efecto, una idea de sujeto (la idea moderna, la de un sujeto acabado, perfectamente reconocible en sus límites y cognoscible para sí mismo, etc.) que es, como ya sabemos, cuestionable, y que “nos impide explorar las verdaderas articulaciones del entre” (del *inter-* de ese término). Para Merleau-Ponty —y también, como veremos enseguida, para Chantal Maillard— el problema de la intersubjetividad es, en este sentido, un “falso problema”. El punto de partida para cualquier hipótesis que se quisiera válida no debería ser la idea de sujeto (de individuo), para luego pensar cómo se realiza su acceso al otro, sino, ya, la relación —o mejor: la “co-implicación”— de esos sujetos, que en sí misma los constituye. Pues bien, esa relación, según este autor, se produce en y a partir del cuerpo (en la primera etapa de su obra) o de la “carne” (en la última). “La carne es —para Merleau-Ponty— la verdad ontológica de la intersubjetividad” (Garcés, 2013: 127-139). Ahora bien, con esto, con la “semántica de la carne” que pone en juego en la última fase de su obra, este autor no apunta hacia la posibilidad de que dos o más cuerpos puedan llegar a consumir una incorporación recíproca y constituirse en un solo cuerpo. De hecho, es precisamente “algo” que “hay” en “la carne” lo que impide dicha “incorporación” o “fusión”: “el proceso de incorporación recíproco... entre varios cuerpos nunca puede arribar a su consumación porque es interrumpido por una brecha originaria que el autor llama “diferencia carnal”” (Esposito, 2005: 169). Esta diferencia, como vamos a ver a continuación, también la han sabido captar los textos de Chantal Maillard.

escribe no se refiere a un lugar que está más allá de esa “diferencia carnal” que establecía Merleau-Ponty (1994) o a salvo de ella, y donde el sujeto podría incorporarse (“asentarse”) en ese otro cuerpo hacia el que se ha “proyectado”. Más bien al contrario, este sujeto parece plenamente consciente tanto de esta diferencia como de la función de “límite defensivo” que cumple la piel con respecto al individuo (al concepto de individuo) y es contra esta última (y no contra la primera) contra la que se rebela (“las palmas abiertas de mis manos golpeando sobre un pecho extraño, golpeando tu pecho, golpeando sobre el tío,... llamando “tú” al propio golpe en el cual yo sigo no siendo tú, por el cual sigo al borde de tu piel con la mía por destino”). El “carne adentro”, aquí, no se opone a la “diferencia carnal” (ni tampoco, insistimos, a esa Soledad “radical” y “común” a la que hace referencia Alemán) (2012: 11-12) —que reconoce—, sino que apunta a la posibilidad de ir más allá de la piel que funciona como límite de la carne del otro, es decir, de su individuación: “Ya sé —escribe unas líneas más abajo— que somos diferentes. Eso no me libra de desear morar en ti”; el “adentro”, en definitiva, no cifraría una “incorporación”, una “comunióón” (una cancelación de la Soledad), sino más bien una oportunidad puntual de “ser-en-común” (“la terminación de los límites, del tú, del yo”). En una entrada posterior, la hablante afirmará, incluso, que el “dentro es un fuera”, y que es ahí, en ese dentro-fuera, donde ciertamente “nos ex-ponemos” (literalmente, donde nos ponemos “fuera”) y podemos “ser con” el otro (Maillard, 2010: 29, 78 y 131).

Ahora bien, más allá de las coincidencias de base que existen entre el tratamiento de la “carne” en Maillard y las tesis fundamentales de Merleau-Ponty, nos gustaría que nos fijáramos ahora en un pequeño detalle; un detalle que aparece en el fragmento que corresponde a la primera entrada, de entre las tres que citamos, de los *Diarios 1996-1998*: la idea de la “proyección” de las manos. Porque aquí, ya, en la idea de la “proyección” “hacia” otro cuerpo está implícita la idea del “espaciamento” (como señalaba Nancy) “entre” un cuerpo y otro y del posible “ser-en-común” entre ambos (2006: 41). La hablante va a insistir en esta idea a lo largo de sus diarios y también en los poemarios, lo que nos obliga a pensar, efectivamente, en que quizás la “consistencia” del “ser-en-común” se halle precisamente ahí (2006: 41). En este sentido, esta afirma que “solo nos cumplimos en ese estar en camino o vuelo hacia el otro”, que “cada “yo” ha de ser visto como una trayectoria que converge con otras” (“captarlas y captarnos... es verlas hacerse y hacernos con ellas”) o que por ello, reitera, “la existencia es una trayectoria” —está en el “entre”. Si prestamos atención a esta idea, finalmente, podremos apreciar un rasgo decisivo de ella: el hecho de que esta, el “en” del “ser-en-común”, el “espaciamento” entre los cuerpos, implica que solo en “pequeños instantes” podemos acertar a “conjugar al unísono el verbo estar en plural”, en tanto que “todo movimiento finaliza donde comenzó” y en tanto que “quién va habrá de volver”. Un poema de *Hilos* sintetiza en apenas cuatro versos esta circunstancia —o este conjunto de circunstancias (Maillard, 2010: 119 y 2013: 205-206).

Llegar a otro. Sin
otro. Sin llegar a.
No apretar los dientes.
Soltar la presa. Sin (Maillard, 2007: 19).

“Llega a otro” porque se asume una distancia, ese “espaciamento” (esa Soledad); “Sin / otro” porque no hay otro (individuo) sino cuando el otro del otro “llega” (“sin llegar a”) –en el “ser-en-común”–; “No apretar los dientes. / Soltar la presa” porque no se puede de hecho apresar “sin llegar a” ella: porque existe ese “Sin”, ese “entre” (que Merleau-Ponty pensaba a partir de la “diferencia carnal”) que siempre lo impide (Maillard, 2007: 19).

El discurso de la hablante maillardiana conecta aquí, asimismo, con las tesis de Esposito acerca de la *communitas*; en particular, con “la falta” que también según Esposito nos constituye como individuos y que vendría a sostenerla, a sostener dicha *communitas*. El filósofo italiano lee dicha “falta” a partir de la etimología del término “común”, que procede de la voz griega *munus*. Un término que “oscila a su vez entre tres significados no del todo homogéneos entre sí” (*onus*, *officium* y *donum*) que en cualquier caso parece que podríamos vincular al campo semántico del “deber”. Esta posibilidad parece plausible sobre todo con los dos primeros (de los que derivan “obligación” o “función”), pero resulta a priori más problemática con el tercero de ellos, que no en vano designa un “don”. “¿En qué sentido –se pregunta Esposito– un don habría de ser un deber? ¿No se configura, por el contrario, como algo espontáneo?”. Precisamente en este punto se inicia el giro que ilumina sus investigaciones, dado que “la especificidad del don que expresa el vocablo *munus* –con respecto al uso del término más general *donum*– tiene justamente el efecto de reducir la distancia inicial, y realinear también esta significación con la semántica del deber”. El *munus* remite a un “don”, pero en particular al “don” que “se distingue por su carácter obligatorio”. Esto significa que una vez que alguien ha aceptado este *munus* está obligado a entrar en la lógica del intercambio o la retribución con otra acción de donación. El *munus* es “el don que se da porque se debe dar y no se puede no dar”. Ahora bien (y con esto se culmina el giro que vertebra la hipótesis de Esposito), este deber de donación no implica en el otro lado la posesión “estable” de lo que se recibe y tampoco informa de una dinámica que se organiza en torno a la idea de ganancia. El *munus*, en tanto que solo se cumple completamente en el acto de dar, implica por el contrario una “pérdida”, una “sustracción”, que en definitiva es lo que determina el “compromiso común” hacia una nueva donación (2003: 26-29).

Si volcamos, por tanto, esta complejidad semántica que encierra el término *munus* al sustantivo *communitas* que deriva de él, el concepto de comunidad que encontramos contrasta radicalmente con la idea de comunidad que circula asimismo en los imaginarios políticos y sociales hegemónicos contemporáneos. La *communitas* que se desprende de la luz del *munus* apunta a un “conjunto de personas a las que une, no una “propiedad” –una sustancia–, sino justamente un deber o una deuda”, no ya un “más” que los amplifica, sino un “menos” –una “falta”²⁹ (2003: 29-30). En tanto que “yo –como dice la hablante de Maillard– siempre estoy aquí para mí” y “ellos siempre estarán

²⁹ Aquí, en consecuencia, no es ya una idea determinada de individuo (que se presenta cerrado y completo ante sí mismo) lo que produce una idea determinada de comunidad (y así, un conjunto de distintas comunidades), sino una noción de *communitas* la que de hecho desfigura esa idea de individuo (moderno). En efecto, “si nos atenemos a su significado originario, la comunidad no es aquello que protege al sujeto clausurándolo en los confines de una pertenencia colectiva, sino más bien aquello que lo proyecta hacia fuera de sí mismo, de forma que lo expone al contacto, e incluso al contagio, con el otro” (Esposito, 2003: 29-30; y 2009: 16).

allí, porque mi aquí dispone el allí”, “ellos” son no solo un “horizonte” hacia el que me puedo “proyectar”, “volar”, sino también “la negación –la falta– que me confirma”: “ellos, los que van y vienen y en su viaje me prolongan; ellos son esa vida que se me escapa, ellos son mi vida huyéndome”. La hablante no puede definirse como un “individuo” porque solo se cumple en el “viaje” hacia el otro: es decir, solo se cumple en el “ser-en-común” y solo así puede definirse –en contacto con lo impropio que “niega” lo propio. Es esa falta, en consecuencia, que nunca puede ser colmada, la que le empuja hacia fuera, hacia el otro, hacia la “impropiedad”: la que hace posible y la que constituye cualquier forma de “ser con” el otro (Maillard, 2010: 214).

Por último, entonces, ese “ser con” el otro que encontramos en los textos de Maillard, a la que remite y se expone la hablante a partir de la “experiencia del vacío”, se ajusta en efecto a la idea del “ser-en-común” y de la “comunidad desobrada” de Jean-Luc Nancy. ¿A qué se refiere este exactamente cuando habla de un “desobramiento” de la comunidad? Primero, efectivamente, constata que en el mundo moderno asistimos, antes que nada, a una “disolución” o a una “dislocación” de la comunidad, y, segundo, que deberíamos tratar de comprender este hecho, “interrogar esta dislocación de la comunidad” (2001: 13-25).

Según Nancy, el primero que se aboca a esta tarea, el primero que tiene “conciencia” de dicha disolución, es Jean-Jacques Rousseau. Para el autor del *Emilio*, de hecho, la sociedad moderna no sería más que el resultado de la “degradación” y la “pérdida” de una “intimidad comunitaria” anterior a ella. Sin embargo, Nancy nos advierte de que esta “conciencia”, que “será en lo sucesivo la de los Románticos”, “la del Hegel de la *Fenomenología del Espíritu*” e incluso, y ya más recientemente, la de Ferdinand Tönnies (1979), es una conciencia de herencia cristiana. En efecto, esta se basa en un concepto de comunidad ficticio, que representa a esta como una forma de vida absolutamente armónica³⁰ y que se desprende en el fondo de la idea de comunidad del cristianismo; esto es, de la comunidad en tanto que “comunión”, que solo “tiene lugar, en su principio y en su fin, en el seno del cuerpo místico de Cristo” (“La verdadera conciencia de la pérdida de la comunidad es cristiana”) (Nancy, 2001: 25-27).

Es necesario, por lo tanto, que escapemos y seamos capaces de superar esa “ilusión trascendental” que subyace todavía en las versiones hegemónicas de la comunidad para que podamos reconocer, por fin, que “*la comunidad no ha tenido lugar*” y que por ello estamos aún a tiempo de inventar nuevas formas para su materialización. La sociedad, en este sentido, no sustituye ni se erige “sobre las ruinas” de la comunidad. Sería más “justo” afirmar, según Nancy, que la sociedad, en tanto

³⁰ “Siempre se trata de una edad perdida en que la comunidad se tejía con vínculos estrechos, armoniosos e irrompibles, y en que sobre todo se daba a sí misma, en sus instituciones, en sus ritos y en sus símbolos, la representación, o mejor, la ofrenda, de su propia unidad... Tan distinta de la sociedad (que es una simple asociación y disociación de las fuerzas y de las necesidades),... la comunidad no es solamente la comunicación íntima entre sus miembros, sino también la comunión orgánica de ella misma con su propia esencia. No solo está constituida por una justa distribución de las tareas y de los bienes, ni por un feliz equilibrio de las fuerzas y de las autoridades, sino que está hecha ante todo de la partición y de la difusión o de la impregnación de una identidad en una pluralidad con la que cada miembro, por ello mismo, no se identifica más que por la mediación suplementaria de su identificación con el cuerpo vivo de la comunidad” (Nancy, 2001: 26-27).

que “asociación disociante de fuerzas”, “ha ocupado el lugar de algo para lo que no tenemos ni nombre ni concepto, de algo que procedía a la vez de una comunicación mucho más amplia que la del vínculo social (con los dioses, el cosmos, los animales, los muertos, los desconocidos) y de una segmentación mucho más tajante... de esta misma relación”, que producía a menudo “efectos más duros (... de rechazo..., de inasistencia) de lo que esperamos de un mínimo comunitario en el vínculo social”. La comunidad, en consecuencia, más que “lo que la sociedad habría roto o perdido”, sería, según este autor, “*lo que nos sucede* –pregunta, espera, acontecimiento, imperativo– *a partir* de la sociedad” (¿No es esto, de hecho, a lo que parece que apunta Maillard?) (2001: 25-29).

Para Nancy, entonces, el primero que ha hecho de verdad la “experiencia moderna de la comunidad” fue Georges Bataille (y no Rousseau). Este último fue quien se atrevió a entender y a definir la comunidad no ya como una “comunidad pérdida”; no ya como algo, como una “obra” que debe ser producida; sino como “el espacio mismo, el espaciamiento de la experiencia del afuera, del fuera-de-sí”. La clave de esta nueva concepción de la comunidad fue la “conciencia clara” de la “separación” que nos constituye y como lo contrario de la “comunidad” entre los individuos. La “conciencia clara”, por tanto, de que la comunidad no puede ni tiene que ser “recobrada”. Esto, en cualquier caso, no lo coloca en el lado del tablero opuesto a Rousseau, en el que se defendería una especie de “repliegue” inevitable “hacia las posiciones del individuo”. Para Bataille, de hecho, esa “clara” conciencia solo puede manifestarse en la comunidad; o mejor, dicho con más precisión, en “la comunicación de la comunidad” (“a la vez como lo que comunica en la comunidad y como lo que la comunidad comunica”). Resulta una conciencia, de este modo, no individual, que se revela únicamente en la comunicación con los otros, “fuera del sí mismo de la conciencia” (Nancy, 2001: 41-42).

La comunicación, por tanto, no se entiende aquí como la transmisión de un mensaje ni como un intercambio entre dos sujetos (a la manera de la escena inmunitaria de la intersubjetividad). Se usa, en este punto, como nos advierte Nancy, y a pesar de la insuficiencia y de la carga de malentendidos que le acompaña, porque “resuena” con el término de “comunidad” y añadiéndole el significado, violentándola, con el término “partición”: “*Estar aislado, comunicación* –escribe Bataille– solo tienen una única realidad. En ninguna parte hay “seres aislados” que no comuniquen, ni “comunicación” independiente de los puntos de aislamiento. Téngase el cuidado de separar dos conceptos mal hechos, residuos de creencias pueriles”. La comunicación, en este sentido, tal y como aquí se utiliza, no nos habla de un vínculo entre dos individuos, entre un “tú” y un “yo” que existen previamente al vínculo y que luego se vinculan. Nos habla, más bien, de “la aparición del “entre” como tal”. En la fórmula “tú y yo”, así, la “y” no tendría ya un “valor de yuxtaposición”: tendría un valor, según Nancy, de “exposición”. La “y” no yuxtapone al tú y al yo, sino que los “expone” el uno al otro (sus cuerpos, el “dentro que es fuera”, como escribía Maillard). Asume e indica la “separación” (que no debemos confundir, por ende, con la individuación) y los expone a ella (Nancy, 2001: 42-61). Los ecos con el discurso de la que escribe los *Diarios 1996-1998* y con la que habla en *Hilos* son evidentes. En los términos a los que se recurre, en el poema breve que citábamos de este último libro (“Llegar a otro”, “sin llegar a”, “sin otro”) o incluso de forma más explícita en otros

pasajes de los diarios, donde la comunicación resulta la forma del “trayecto” que hace la hablante desde su yo hacia los otros (donde se cumple):

Yo en la palabra. Ellos en la escucha... Comunico. Mi cuerpo es puro trayecto. Tiemblo. Vibro. Mi temblor es mi ritmo. El pensar es rítmico. La palabra se desliza. Argumenta: construye... Su atención. Ellos construyen en mi palabra. Sobre ella. Bajo ella. Construyen, me lo muestran. Me devuelven la palabra. Transformada. Vibran mí. Todo vibra... Densa materia del entre-dos, del entre-todos... Yo soy aquello que se está haciendo en el sonido de mi voz, en el sonido mudo de la voz de todos los que oyen (Maillard, 2010: 189-190).

Fijémonos, aquí, que el tiempo verbal que emplea el sujeto cuando hace uso del verbo “hacerse” (en modo reflexivo) es un presente continuo (“yo soy aquello que se está haciendo” ahora con los otros) y no un pretérito (no dice: “yo soy lo que se ha hecho”, etc.). Este detalle es fundamental porque enlaza con la idea de la “separación” de Bataille y con las tesis acerca de la “comunicación” o la inexistencia de una “comunidad perdida”. Tanto para Maillard como para Nancy la comunidad no es algo que se hace y que en algún momento se acaba de hacer (que acaba con la separación). No es algo acabado, perfecto. No depende del “dominio de la obra”. Como afirma Nancy, “la comunidad tienen lugar necesariamente en lo que Blanchot denominó el desobramiento”: “Más acá o más allá de la obra, eso que se retira de la obra, eso que ya no tiene nada que ver ni con la producción, ni con la consumación, sino que tropieza con la interrupción, la fragmentación, el suspenso” (2001: 61-62). A esto apunta efectivamente Maillard en sus diarios: en sus alusiones a la distancia entre los sujetos y al trayecto que ha de cumplirse para “ser con” el otro, “entre-dos”, y cuando nos advierte de que este trayecto tiene un principio y un final, que siempre se interrumpe, que la distancia no puede ser colmada de una vez por todas, que la comunicación es siempre puntual, que somos, por lo demás, sujetos mortales (que también nuestra vida se interrumpe) y que la comunidad no puede ser una obra que dure para siempre: “Todo es –escribe, en presente– donde se está” (2007: 11).

Esto significa, en definitiva, que nunca ha habido por lo tanto una comunidad acabada, hecha obra (hecha cuerpo), que se haya perdido. Y si “nada se ha perdido”, “nada –como afirma Nancy– está perdido”. La idea de la “comunidad desobrada” nos previene, debería prevenirnos, de intentos futuros (neuróticos) de construcción de comunidades (entendidas como obras, como entidades sólidas) y a la vez nos insta a prestar atención (en presente) a las posibilidades inacabadas para articularla puntualmente. Este es el ínfimo desplazamiento que se quiere marcar con las expresiones “ser-en-común” o “estar en plural”: porque “ser-en-común” remite siempre a un modo de ser (“con” los otros, en “plural”) en presente: puntual, que se acaba, que no hace obra. “Ser-en-común” implica ya una forma de comunidad (desobrada) y por lo tanto está más allá de la voluntad o el esfuerzo de hacer, producir o instalar otra forma de comunidad (acabada, obrada). “La comunidad nos es dada” siempre, como afirma Nancy, en el sentido de que siempre está ahí, “más acá de todos nuestros proyectos, voluntades y empresas”, como una posibilidad (latente) a la espera de ser actualizada. La comunidad no se produce, “se hace la experiencia de ella” (2001: 61-69). En Maillard, entonces, la “experiencia del vacío” se presenta como una condición para hacer una experiencia común.

7. CUALQUIERA

Cual asomado a otro.
Articulado.
Extrañado.
Entrañado (Maillard, 2007: 153)

En un alto porcentaje de los textos literarios con los que hemos trabajado en nuestra investigación y que giran en torno a un caso de enfermedad o de experiencia del “vacío” es posible detectar al menos un instante, una situación concreta, en la que parece que el sujeto necesita “reforzar” su “punto de vista en primera persona”. Esta tendencia vendría a impedir el “descentramiento del “yo” narrativo” que “se experimenta como parte del daño” que el sujeto ha sufrido a causa o en relación (porque muchas veces es producido por el tratamiento médico) con la enfermedad y/o la irrupción del vacío. Surge así una “forma narrativa” que, como sugiere Butler, trata de “compensar” la “herida narcisista” que se ha abierto en el sujeto por la “exposición pública” de su “vulnerabilidad” (2006: 31). Es lo que sucedía y lo que se nos hace saber en un poema de la primera parte de *Hilos*:

Despierta y mira dentro
buscando algo
en lo que anclarse. Un tema,
busca un tema.
Para reconocerse.
Para contar el mí
en primera persona.
Pero no todos sirven.

Así que va, despierta,
anclándose en un tema y luego
en otro, agotándolos,
hasta que encuentra alguno
en el que el mí se admite
mejor que en ningún otro.
Y ahí se tensa, se condensa
y vibrando se asimila
al gesto que la invita a tenderse
en la página (Maillard, 2007: 39).

Ahora bien: ¿esto significa —como se pregunta Butler— que “no hay posibilidad alguna de descentrar la narración en primer persona” en una situación crítica y dentro del “marco global” en el que vivimos? La respuesta, afortunadamente (si pensamos, como hace Butler, en que la primera persona viene a reforzar aquí la idea del individuo) es no. Como observábamos en el apartado anterior, existe la posibilidad de abandonar lo que la autora estadounidense denomina “la perspectiva narrativa de la unilateralidad” (“y, por decirlo de algún modo, de sus mecanismos de defensa”) y de considerar por consiguiente las formas en que la “vida” del sujeto “está profundamente relacionada con la vida de los otros” (Butler, 2006: 32). En este apartado vamos a observar que en algunas partes

de la obra de Maillard el abandono de dicha perspectiva, el “descentramiento” de la narración en primera persona y la invalidación, en fin, de las nociones de “persona” e “individuo” pasa, específicamente, por una pérdida de los rasgos “personales” del sujeto que habla.

Esta circunstancia, evidentemente, no guarda ninguna relación con la “despersonalización” y la “deshumanización” de los sujetos que se efectúa en (demasiadas) ocasiones en el interior de los centros psiquiátricos o sanitarios o a través de determinadas prácticas médicas. En este caso, la pérdida (o el abandono) de los atributos “personales” de la hablante está directamente ligada a la realización de la “experiencia del vacío” (como una consecuencia o en una fase ulterior de su “auto-transformación”) y aparece, gracias a ello, ya no como un efecto que reduce la vida del sujeto a una “vida desnuda” (Agamben, 2003) sino, al contrario, como una oportunidad de trascender tanto el ideal narcisista como la norma biopolítica que nos individualiza y nos somete. En este sentido, Butler afirma que “la habilidad de narrarnos no sólo en primera persona sino en, digamos, tercera,... puede servirnos para entender mejor la forma que ha tomado el poder global” y para “comenzar a construir una política diferente sobre una nueva base” (2006: 32).

Dicha “pérdida”, la pérdida de los rasgos “personales” de los sujetos, se concreta de distintas formas en los textos que han vertebrado nuestro trabajo: a través de un “yo” que no discrimina lo “propio” de lo “impropio” o lo “personal” de lo que no lo es (de nuevo, en *Porno ficción*, de Diego Doncel) (2011); a través de una voz narrativa que se enuncia a sí misma desde el plural, en una suerte de forma “singular plural” (Nancy, 2006), como sucede, por ejemplo, en la novela *Inmediatamente después*, de Eva Fernández, en relación con una experiencia de cáncer (2008); o a través de una “voz sin persona” (Neuman, 2012: 138) que remite finalmente a una “tercera” —esto es, a un “sujeto cualquiera”: ya no a la “persona” que supuestamente habla, sino a “nadie y quienquiera” (Esposito, 2009a: 154-155). Este es el tipo de sujeto que hallamos en los textos de Maillard: “Os hablo —dice— de cosas muy concretas. / Quien habla es lo de menos” (Maillard, 2015: 81). Aquí, el sujeto que hace la “experiencia del vacío” borra la presencia “personal” de la escena y nos exigen que prestemos atención, ya no a su “persona”, al caso individual, a una suerte de “vacío” personal, sino a la dimensión común que constituye a la experiencia que se relata.

Para observarlo con detalle, creemos que es conveniente que nos acerquemos al debate que se ha generado en la crítica y los medios acerca del estatuto que ostenta “la hablante” o “la que escribe” en estos textos. En particular, nos resulta sumamente significativa una entrevista que se le realiza a la autora en 2007, en la que esta reconoce que algunos de sus libros estaban estrechamente relacionados con ciertos acontecimientos de su “propia” vida. Porque aquí encontramos un diálogo, apenas una “anécdota”, que sin embargo nos da la clave, como sugiere Nuria Girona, para comprender la “construcción autoral” de esta escritora, y, a partir de ella, el estatuto de la hablante de estos textos: “¿Quién habla aquí? ¿Qué malestar dice?”, se pregunta Girona (2013: 22). Vayamos a la entrevista.

En ella, en el artículo que aparece publicado en prensa y que la recoge, encontramos, en primer lugar, una presentación que precede a la entrevista propiamente dicha: una “extensa cita —toda una

leyenda biográfica—” que “recoge la mayor parte de atributos que, con frecuencia, se asocian a Maillard” y en la que destaca la alusión a una “experiencia del dolor” (Girona, en prensa) que la periodista asocia, especialmente, a dos hechos de la biografía (que acaba de construir) de la autora: una “grave enfermedad” y “la imprevisible muerte de su hijo” (Blanco, 2007). Posteriormente, una vez que la conversación entre ambas, periodista y escritora, ha comenzado, la primera vuelve, después de varias preguntas, a este motivo, e interroga a Maillard acerca de cierto “proceso doloroso” que, según la entrevistadora, “se percibe” “en su escritura”: “¿Está conectado —le inquiera— con su experiencia?”. Maillard contesta que “sí”, y hace referencia, de forma ciertamente escueta, a un período “trágico” de su vida. “Pero no quisiera entrar —le hace saber a la periodista— mucho más en lo personal”. Ante la insistencia de esta (“Es por abordar —prosigue— los hechos que desencadenan su pensamiento actual, primero su enfermedad, después la muerte repentina de su hijo”), Maillard declara, de nuevo sucintamente, que tanto *Husos* como *Hilos* son “libros de pérdidas” que están “marcados”, en efecto, por los acontecimientos que la periodista nombra: “¿Qué más puedo decir? Es todo” (Blanco, 2007). Como señala Girona, “la contundencia de esta respuesta (“¿Qué más puedo decir?”) no solo ataja la curiosidad de la interlocutora sino que detiene el espectáculo en el que podría derivar el detalle biográfico” y los errores de lectura que, a su vez, proceden de este³¹. La autora, es cierto, “no lo niega”, pero tampoco acepta, como sugiere su interlocutora, que sus textos constituyan simplemente un testimonio de esas experiencias o de ese período de su vida. Ni siquiera, de hecho, una determinación entre acontecimiento vital y escritura (Girona, en prensa).

El comportamiento de Maillard aquí, en relación con la “construcción” (o, más bien, la deconstrucción) de su figura como autora a la que se refería Girona, concuerda, por lo demás, con lo que su obra expone (y aunque la periodista no le preste demasiado atención a ello). En los textos literarios de Maillard, en efecto, no encontramos “ningún detalle concreto” que remita a los episodios biográficos sobre los que se insiste en esta y otras entrevistas. Es más, en ellos nos topamos o bien con múltiples pasajes en los que se apunta a la conveniencia (incluso, a la obligación) de deshacer el vínculo que, como hemos visto, se establece todavía con demasiada frecuencia en determinados ámbitos, entre el autor de un texto (su “persona”) y el sujeto que habla en él³², o bien con la alusión a un “dolor”, un “malestar” o un “vacío” sin nombre. Como afirma Girona, aquí, en estos textos, “se desnuda el dato” biográfico y “se diluye “lo personal”” (2013: 22).

Esto es lo que nos interesa en este punto. No la biografía de la autora sino esta disolución. No el “dolor”, el “malestar” o la “experiencia del vacío” de una escritora llamada Chantal Maillard (nacida en Bruselas, en 1951, etc.); no el “dolor”, el “malestar” o el “vacío” de una persona y por lo tanto individual; sino el “dolor” y el “vacío” sin persona y por lo tanto común que evoca (por decirlo

³¹ Aunque el “refrendo biográfico”, como señala Nora Catelli, puede calmar “la ansiedad del crítico” (sobre todo, como es el caso, “cuando un texto se resiste a una interpretación” fácil), de este, “del refrendo biográfico no sale luz” (2007: 68-69).

³² “Desautorizar el texto: dejar al texto huérfano, matar al autor, destruir al que dice yo bajo el texto, al que dice yo sin decir “digo”, desplazar al que escribe, dejar huérfano al que escribe, huérfano del texto que ya le precede, que siempre le ha precedido, que le precede en el cerco, que le encierra en su cerco, que le induce a cercarse y a decir yo”, leemos en la introducción de los *Diarios 1996-1998* (2010: 9).

con los términos que empleaba Nora Catelli) el “enigma” de esta “forma” poética (2007: 69). Vayamos, para interrogarlo, precisamente a uno de los textos que se menciona reiteradamente en la entrevista de María Luisa Blanco: *Hilos*. En él, como vamos a ver, la hablante comienza siendo “Uno” (como se titula el primer poema) y termina siendo un “Cual” (título del segundo poemario que recoge el libro), en una suerte de viaje, de la primera a la tercera persona, que podría funcionar no en vano como el paradigma de la experiencia de transformación de la hablante de los textos de Maillard. Veámoslo:

Uno.
Porque hay más.
Más están fuera.
Fuera de la habitación.
Fuera de las demás habitaciones.
Fuera de la casa.
La casa es demasiado grande.
Se extienden cuando duermo (Maillard, 2007: 13).

Así comienza el poemario. Con un poema, en efecto, titulado “Uno”, que remite a un (solo) individuo, encerrado en una “habitación” (atravesando esa primera etapa de reclusión a la que nos referíamos más arriba) y que habla en primera persona (“duermo”) —e, indirectamente, a otros asimismo individuos (“más”) que están “fuera de la habitación”, “de la casa” (al “uno que soy —como declara también en una nota de *Husos*— en el concepto de lo que soy, de lo que *me* soy frente a la soledad de los muchos que son cada uno de los otros creyéndose uno bajo todos los conceptos”) (Maillard, 2006: 19).

No obstante, en este primer poema, ya hallamos un gesto que augura el proceso de cuestionamiento al que el “uno” se va a someter en cuanto tal, en tanto que “uno”, en tanto que “individuo”, en la medida en que vaya avanzando la primera parte del libro. El último verso de este primer poema en el que el “uno” habla de sí mismo acaba, de este modo, con una interrogación (“Dentro de uno —¿uno?”) que pone en entredicho precisamente su carácter “unitario”, acabado, de individuo. Este cuestionamiento se torna explícito, definitivamente, en el poema noveno (“Más de uno”), en el que se hace referencia a “la endeblez del uno”. Apenas unas páginas más tarde (entre el poema decimocuarto y decimosexto), el sujeto que habla aparece, ya, como un “apenas yo” que, poco a poco se “disuelve” (que, como leemos también en *La lengua en la herida*, se “descuida”: “Descuidado de sí / por un instante / el yo”): que disuelve (y descuida) “las imágenes” que lo cuentan, que cuentan su “yo” y que le constituían como un “uno”. Así, si en el poema decimocuarto afirmaba que “el decir —el contar— es el método. / Unifica. / En un punto.— / Yo soy / mis imágenes”; en el poema decimosexto se insta—o insta, a secas, sin el “se”— a “despojar” a esas “imágenes” “del yo, una a una” (2007: 14, 33, 43 y 47; y 2015: 23):

Disolver, alguien dice. Disolver
el mí.— ¿Quién disuelve?
Un disolver, tal vez (Maillard, 2007: 43).

Aquí, de hecho, aparentemente, ya no hay un yo. El uso del infinitivo, en tanto que forma impersonal del verbo (y en tanto que la forma verbal que por lo demás predomina en el poemario) tiene un efecto justamente impersonalizador. Lo que se resalta aquí, lo que ocupa el primer plano del poema, no es el sujeto de la acción (“¿Quién disuelve?”) y ni siquiera el objeto, sino la acción en sí misma, que carece, de algún modo, tanto de uno (de autor) como de otro (objeto, receptor) —lo que Deleuze denominaría como “acontecimiento” (Deleuze, 1996). En un poema posterior, de hecho, leemos: “el alguien no / es necesario. Acontecer”. Lo que acontece aquí, en efecto, es “un disolver”, pero finalmente, “tal vez”, sin “mí”, sin “alguien”, sin “persona”, sin “uno” que disuelva o se disuelva. “Un acontecimiento llegado desde afuera y dirigido hacia fuera, que se sitúa en un nivel completamente exterior” con respecto a la “esfera” de la “persona” (Esposito, 2009a: 187). No hay “persona”, no hay “uno” ni “yo” aquí porque solo se es, solo se puede ser, en ese “disolver”: “Todo es donde se está” (“donde se está. —¿Se está?— / Desprendido”) (Maillard, 2007: 47-48, 71 y 119).

Lo que hace este poema (y también, como decíamos más arriba, otros poemas y textos en esta y otras obras de Maillard) es, de algún modo, lo que Deleuze afirmaba que podía hacer de facto la literatura: liberar el “acontecimiento”. Para Deleuze, en efecto escribir no es (al menos, únicamente) un acto en el que se “determina” “lo indeterminado” (por ejemplo el dolor, el malestar) “mediante el uso de lo personal o lo posesivo” (“indudablemente no es imponer una forma de expresión a una materia vivida”), como parece que pretendía hacernos creer María Luisa Blanco en la entrevista que le realiza a Chantal Maillard. Según el autor de *Crítica y clínica*, la literatura debería recorrer, más bien, el “camino inverso” y “remontarse a la fuente” de la “indeterminación” (“bajar al cuerpo”), porque aquí podríamos encontrar, junto a lo indeterminado (“dolor”, “vacío”, en Maillard), la potencia (el “destello”) de la “vida” (2015: 13 y 29) —sus “intensidades”, diría Rancière (2011: 46)³³. Es por esto, de hecho, que en muchas ocasiones la literatura “privilegia” el uso del “artículo indeterminado” (y se habla en ella de “un hombre, una mujer, un animal”, etc.) y por lo que los versos de Maillard se refieren de facto a “un disolver” (y por lo que no aparece el individuo, el “uno” que habla, en primera persona, de “mi disolución”): porque lo que se quiere captar aquí es esa potencia de la vida en su carácter de “devenir” (de impersonal) y en tanto que “el devenir —según Deleuze— siempre está “entre”” (siempre se deviene más que “uno” “entre” los demás) (1996: 9-18).

De este modo, en la última parte de su recorrido (que coincide aquí, en *Hilos*, tanto con una estadio avanzado de la “experiencia del vacío” como con la última parte del poemario), la hablante ha dejado de ser ese “uno” y ese “apenas yo” de los primeros poemas y en su lugar encontramos, ya, justamente, un “cual” —“desdibujándose” (Maillard, 2007: 147): un ser “cual-sea” (un “anónimo cualquiera”) (Hernando, 2007) que no es, como precisa Agamben, “el ser, no importa cuál”, sino “el ser tal que, sea cual sea, importa” (“nadie y quienquiera”, como decíamos antes, pero nunca por tanto un homo sacer, abandonado en su propio “vacío”) (1996: 9; y 2003).

Que “cual” esté “desdibujándose”, “menguando” (Maillard, 2007: 147 y 175), significa también, si seguimos al filósofo italiano, que este ser, el “ser cualsea”, no está definido, definiéndose,

³³ “La relación de la literatura con la política se complica un poco más, entonces. La diferencia literaria se desplaza, en efecto, del desciframiento de los signos a la captura de intensidades” (Rancière, 2011: 45-46).

por “identidad alguna”, y que es de hecho esta circunstancia la que le permite hacer comunidad, “comunicar” (siempre en “comunicaciones esporádicas”) (Maillard, 2007: 165) con “quienquiera” —esto es, como veíamos también con Esposito: “sin estar ligados por propiedad alguna común”, como la de pertenecer a una nación, a una raza, etc. “Expropiados de toda propiedad” (“cual extrañado”, “cual excedido”, “impropio”) (Maillard, 2007: 149, 172 y 175) pueden “apropiarse —de facto— de la pertenencia misma”. Según Agamben, el ser “cualquiera” es, por todo ello, el ser, el “ejemplar”, de “la comunidad que viene” (1996: 14).

Aquí se está apuntando a una característica fundamental de la idea del “ser-en-común” que estamos manejando: esta sería siempre una forma no acabada, no cerrada, también por esto: porque aquellos que la actualizan “comunican” sin “propiedades comunes”. Es decir, estaría abierta siempre a “cualquiera”, más allá de estas. La forma en que el ser “cualsea” “comunica”, “con-viene” (viene con) según Agamben (y como vamos a ver también en Hilos) remite del mismo modo a las tesis de Nancy, Esposito o Merleau-Ponty en relación con este punto. Para este autor, en efecto, el ser “cualsea es una singularidad más un espacio vacío”, y “una singularidad más un espacio vacío no puede ser otra cosa que una exterioridad pura, una pura exposición. Cualsea es, en este sentido —afirma—, el suceso —el acontecimiento— de un afuera”. En apenas dos oraciones, nos topamos con una serie de referencias clave (el acontecimiento, la exposición, lo exterior, el afuera, el vacío) que nos indican indudablemente que el diálogo entre estos autores está ya establecido. Por otro lado, es igualmente significativo que “la noción de “afuera” se exprese en muchas lenguas europeas —como señala el filósofo— con una palabra que significa “a las puertas” (fores, en latín, es la puerta de la casa, thyrathen, en griego, equivale a “en el umbral”)), como si el “afuera”, verdaderamente, “no fuese un espacio diferente que se abre más allá de un determinado espacio”, sino el “paso” entre ambos; como si el “umbral” no fuera “una cosa diferente respecto del límite”, sino, “por así decirlo, la experiencia del límite mismo” (1996: 43-44). Pues bien: el “cualsea” como “pura exposición” y “suceso de un afuera” es, precisamente, lo que encontramos en el poemario de Maillard. No solo a “cual” “desdibujándose”, sino a “cual” en “el umbral” y a “cual en la orilla”, “asomado a su abismo” —esto es: “Cual asomado a otro. / Articulado. / Extrañado. / Entrañado”, “junto a”. “Cual considerando”, efectivamente, “tener por límite tan sólo /... el ansia de la carne / por otra carne ajena” (Maillard, 2007: 149, 151, 153, 171 y 181).

Por lo demás, un “cual”, estrictamente, en tercera persona: que funciona de hecho como un pronombre en tercera persona, como un “él” (tal y como entiende Benveniste a este pronombre) y que por lo tanto solo admite para sí, de acuerdo a la norma sintáctica, verbos en tercera persona. Este hecho no es, en absoluto, gratuito. Es más: es fundamental para comprender en toda su complejidad tanto el recorrido que realiza la hablante (del “Uno” a un “Cual”) en Hilos como las propuestas teóricas en las que nos estamos apoyando para leerlo. Por ello, y más allá de las referencias que hemos realizado hasta ahora a la “tercera persona”, más o menos vagas y para marcar apenas una cierta distancia con respecto a la primera (como un “descentramiento” de esta, como señalaba Butler), en este punto nos vamos a detener en ella, en la tercera persona que define a este “Cual”: es decir, vamos a interrogarla desde el plano al que pertenece en primer lugar —como “hecho de lenguaje”—

(Benveniste, 1997: 172), porque es justamente desde este plano desde donde podemos aclarar tanto la función (compleja) que cumple en este poemario como las bases en las que se asientan Deleuze, Esposito, Agamben o Butler cuando se refieren a ella, a la “tercera persona”, o al ser “cualquiera”, articulado al fin y al cabo en esta misma.

“Cual”, aquí, como equivalente a un “él”, está netamente diferenciado de los pronombres personales en primera y segunda persona que aparecen o a los que se invoca en la primera parte de este o en otros textos de Maillard y que remiten o bien a la hablante o bien a un eventual interlocutor. A pesar de la “simetría formal” que parece que a primera vista podría vincularlos, observamos que el “Cual” de Hilos, “se diferencia en forma radical de los pronombres “yo” y “tú”, hasta tal punto que cabe definir a aquel por contraste a estos: no solo... no es lo mismo que yo y tú, sino que es lo que estos no son: no meramente su reverso, sino algo irreductible a la díada indisoluble que conforman” (Esposito, 2009a: 151). ¿A qué nos referimos exactamente?

Según Benveniste, “yo” y “tú” se refieren tan solo a una “realidad de discurso”: tienen (como señala también Esposito, siguiendo al lingüista francés) una “dimensión exclusivamente discursiva”. No pueden referirse a una realidad exterior al acto de habla en el que están contenidos y tampoco gozan de “existencia lingüística” más allá de este: “Yo –afirma Benveniste– es el “individuo que enuncia la presente instancia de discurso que contiene la instancia lingüística yo””. Tanto el yo como el tú solo existen en ese “contexto espacio-temporal” en el que se habla: el yo hablando y el tú escuchando. “Aún cuando se refieran a otro tiempo o a otro espacio, el yo siempre le habla a un tú en presente”. Esto significa, en consecuencia, que las dos primeras personas mantienen una relación de “reciprocidad” que las hace intercambiables entre sí. En tanto que no se refieren a una realidad que no sea lingüística, en tanto que no pueden remitir a un “objeto externo”, constituyen “signos vacíos que los hablantes llenan por turno”: “Si solo quien pronuncia el término “yo” asume el rol de sujeto con respecto al tú, inevitablemente será sustituido apenas este tome la palabra a su vez, empujando al primer hablante al rol... de oyente” (Benveniste, 1997: 172-181 y Esposito, 2009a: 151-152).

Esto implica a su vez, por otro lado, que entre el tú y el yo siempre va a mediar una cierta “distancia”. Es inevitable que el yo ponga a distancia a aquel a quien constituye como tú cuando se refiera a sí mismo en el acto de palabra. Del mismo modo, esto será exactamente lo que haga el tú cuando asuma el “rol de sujeto”, dentro del discurso, que antes había ocupado ese yo. Podemos llegar a la conclusión, por tanto, de que es esta “distancia” la que constituye no en vano “el lugar mismo en que ambos términos se implican el uno al otro. Así como el yo, de manera directa o indirecta, implica siempre un tú al cual se dirige, no existe un tú sin un yo que, al separarlo de sí, lo designe en cuanto tal” (Esposito, 2009a: 152-153). Esta circunstancia es muy visible en la primera parte de Hilos, cuando es el yo (el yo que es “uno”) quien habla. Porque en esta fase, de hecho, el yo habla precisamente para constituir al tú que lo ratifica como yo. Este yo, en crisis, se sostiene apenas en la interpelación (“Dime lo que he de hacer. /... Dime, no preguntes, / dispón”) (Maillard, 2007: 51). Como sugiere Girona, el imperativo, en todo caso, no debería “engañarnos”: “Aquí el yo no demanda ni una guía de conducta ni una ley que lo ordene... En todo caso, “dime” activa la huella de un imperioso interlocutor”, de un “imperioso” tú (2013: 21).

Lo que circula por consiguiente en esa distancia, entre la primera y la segunda persona, entre el yo y el tú implicados de forma recíproca, es precisamente, como ya sabemos, el “rol de sujeto” (“Es en la instancia de discurso —como señala Benveniste— en que yo designa el locutor donde éste se enuncia como “sujeto”. Así, es verdad, al pie de la letra, —continúa— que el fundamento de la subjetividad está en el ejercicio de la lengua”). En tanto que el yo, en suma, se ocupa por turnos en el acto de palabra, solo “uno” (“el que de sí mismo dice “yo””) puede ocupar dicho rol. De este modo, “a la subjetivación del primer término le corresponde en forma automática la desubjetivación del segundo, hasta tanto este adquiera subjetividad a la vez —en su turno—, desubjetivando al primero”. Pues bien, es este punto donde encontramos la diferencia radical que según Benveniste se establecía entre las dos primeras personas (los pronombres yo y tú) y la tercera (el pronombre él, al que equivale el “Cual” de Hilos), dado que la tercera persona “escapa” a la “dialéctica” de subjetivación-desubjetivación que se instituye entre la primera y la segunda: “con la tercera persona ya no está en juego la relación de intercambio entre una “persona subjetiva”, el yo, y una “persona no subjetiva”, representada por el tú, sino la posibilidad de una persona no-personal o, más radicalmente, una no-persona”. En el capítulo de los Problemas de lingüística general en el que analiza la “estructura de las relaciones de persona en el verbo”, Benveniste afirma de forma explícita: “La consecuencia debe ser formulada netamente: la “3.ª persona” no es una “persona”; es incluso la forma verbal que tiene por función expresar la no-persona” (Esposito, 2009a: 153-154 y Benveniste, 1997: 161-187).

Es lo que sucede de hecho cuando un “Cual” irrumpe en Hilos. Si el yo y el tú, las personas que predominan en la primera parte, no se refieren sino a sí mismas en una situación exclusivamente discursiva (“Dime algo, dices”) (Maillard, 2007: 51), ese “cual”, la tercera persona (la no-persona) “remite siempre a un referente externo, pero... no indivisible como esta persona específica” —por lo tanto tampoco con la persona Chantal Maillard, como insistía la periodista de la entrevista que citábamos arriba. Ni siquiera una Chantal Maillard despersonalizada (Esposito, 2009a: 154):

No hay que representarse la “3.ª persona” como una persona apta para despersonalizarse. No hay aféresis de la persona, sino exactamente la no-persona, poseedora, como marca, de la ausencia de lo que califica específicamente al “yo” y el “tú”. Por no implicar persona alguna, puede adoptar no importa qué sujeto, o no tener ninguno, y este sujeto, expresado o no, no es jamás planteado como “persona” (Benveniste, 1997: 166).

En verdad, como señalaba Agamben (y resolviendo un problema que es parte de la traducción del francés de la versión en español que manejamos de los Problemas de lingüística general), “puede adoptar” no el sujeto “no importa cuál”, sino el sujeto tal que, “sea cual sea, importa” (1996: 9). Visto así, Hilos vendría a confirmar que la relación entre la literatura y la tercera persona que reivindicaba Deleuze es actualizable (“Las dos primeras personas —escribía— no sirven de condición para la enunciación literaria; la literatura sólo empieza cuando nace en nuestro interior una tercera persona que nos desposee del poder de decir Yo”) (Deleuze, 1996: 13).

Si volviésemos, en fin, en este punto, a la pregunta que se hacía Nuria Girona a propósito de Hilos y que nosotros recogíamos al comienzo de este apartado (“¿Qué malestar, qué vacío, se dice aquí?”), no nos quedaría más remedio que contestar (como hace por cierto esta) que el “vacío” o “el

malestar del cualquiera” (2013: 22). No el de la autora Chantal Maillard. No únicamente el del “yo” ni el de “Uno”. No: el de “cualquiera”. Esto es: un vacío o un malestar por lo tanto “común” y, asimismo, para decirlo como lo haría López Petit, “social”. Porque cuando este habla de “malestar social” no lo hace solo porque unos determinados condicionantes históricos y culturales están implicados en nuestro malestar o en nuestro vacío (que también); ni siquiera porque estos estén extendidos socialmente (como señalaban también Berardi o Recalcati); sino además y sobre todo porque “sale de dentro y se encuentra con un afuera, no es una simple interiorización”, sino que afecta a nuestra vida en común (López Petit, 2009: 105): “Cual –decíamos– traspasando el umbral”, “Cual asomado a otro” (Maillard, 2007: 149 y 153). Es precisamente el recorrido que encontramos en este poemario, ese desplazamiento que hace que el vacío de “Uno” “parezca tan común... que pueda mirarlo como si no fuese mío” (Maillard, 2010: 235) y por tanto que hace que se convierta en un vacío de “cualquiera”, lo que nos puede llevar a hacernos responsables tanto de las condiciones en las que se genera como de los efectos que produce, en “cualquiera” (a politizarlo). A “ser-en-común” no solo en el vacío sino desde el vacío (a politizar, en suma, nuestra “existencia”) (López Petit, 2009: 105-106).

BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN, Giorgio (1996). *La comunidad que viene*. Valencia: Pre-Textos.
- AGAMBEN, Giorgio (2003): *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos.
- ALEMÁN, Jorge (2012). *Soledad: común. Políticas en Lacan*. Madrid: Clave intelectual.
- ALEMÁN, Jorge (2013). “Neoliberalismo y subjetividad”. *Página 12* (2013) (consultado 2017).
- ALEMÁN, Jorge (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*, Buenos Aires, Gramma.
- ARAUJO, Kathya (2006). “Depresión: síntoma y lazo social”. Bongers, Wolfgang y Tanja Olbrich (ed.). *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós: 191-211.
- BADIOU, Alain (2000). *El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires: Manantial.
- BENVENISTE, Émile (1997). *Problemas de lingüística general*. Madrid: Siglo XXI.
- BERARDI, Franco (2010). *Generación post-alfa: patologías e imaginarios en el semicapitalismo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- BLANCO, María Luisa (2007). “Yo creo que corazón ya no tengo”. Entrevista: “Poetas españolas de hoy. Chantal Maillard”. *El País. Babelia* (2007) (consultado 2017).
- BREA, José Luis (2009). *Un ruido secreto. El arte en la era póstuma de la cultura*. Copia de autor para descarga libre (consultado 2017).
- BROYARD, Anatole (2013). *Ebrio de enfermedad*. Segovia: La Uña Rota.
- BUTLER, Judith (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- CATELLI, Nora (2007). *En la era de la intimidad*. Seguido de: *El espacio autobiográfico*. Rosario: Beatriz Viterbo.
- CHIRBES, Rafael (2014). *En la orilla*. Barcelona: Anagrama.
- DELEUZE, Gilles (1996). *Crítica y clínica*. Barcelona: Anagrama.
- DELEUZE, Gilles (2012): *Lógica del sentido*. Barcelona: Anagrama.
- DE SOUSA SANTOS, Boaventura (2003). *Un discurs sobre les ciències. Introducció a una ciència postmoderna*. Valencia: Edicions del Crec i Denes Editorial.
- DONCEL, Diego (2011). *Porno ficción*. Barcelona: DVD Ediciones.
- ECHAVARREN, Roberto (2009). “Denis”. Guerrero, Javier y Nathalie Bouzaglo (eds.). *Excesos del cuerpo. Ficciones de contagio y enfermedad en América Latina*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- ELTIT, Diamela (2010). *Impuesto a la carne*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.

- ESPOSITO, Roberto (2005). *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ESPOSITO, Roberto (2009a). *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- ESPOSITO, Roberto (2009b). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Barcelona: Herder.
- ESPOSITO, Roberto (2012). *El dispositivo de la persona*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FERNÁNDEZ, Eva (2008). *Inmediatamente después*. Barcelona: Caballo de Troya.
- FOUCAULT, Michel (1992). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- FOUCAULT, Michel (2007). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, Michel (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE.
- FOUCAULT, Michel (2012). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FREUD, Sigmund (2008). *El malestar en la cultura y otros ensayos*. Madrid: Alianza Editorial.
- GARCÉS, Marina (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GIORGI, Gabriel y Fermín Rodríguez (eds.) (2007). *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós.
- GIRONA, Nuria (en prensa): "Para una poética impersonal: la voz Maillard". Peris, Jaume (ed.). *Cultura e imaginación política*. México D.F./Paris: RILMA/ADELH.
- GIRONA, Nuria (2013): "Chantal Maillard: el malestar del cualquiera". *Preludio de las XIII Jornadas Formaciones Clínicas del Campo Lacaniano*. Valencia: Formaciones clínicas del Campo Lacaniano (Col • legi de Clínica Psicoanalítica de València): 21-22.
- GOPEGUI, Belén (2001). *Lo real*. Barcelona: Anagrama.
- HERNANDO, Alberto (2007). "Hilos, de Chantal Maillard". *Letras Libres. Revista* (2007).
- HARAWAY, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra/Universidad de Valencia.
- HOUELLEBECQ, Michel (2002). *Las partículas elementales*. Barcelona: Anagrama.
- HOUELLEBECQ, Michel (2013). *Plataforma*. Barcelona: Anagrama.
- KAMENSZAIN, Tamara (2006). "Testimoniar sin metáfora. La poesía argentina de los 90". *Revista de la Casa de las Américas*, 245 (2006) (consultado 2017).
- LACAN, Jacques (1972). "Del discurso psicoanalítico" (fragmento): <http://www.psicoanalisis.org/lacan/capitalista.htm> (consultado 2017).
- LE BRETON, David (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- LIFFSCHITZ, Gabriela (2003). *Efectos colaterales*. Buenos Aires: Norma.
- LIFFSCHITZ, Gabriela (2009). *Un final feliz (Relato sobre un análisis)*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- MAILLARD, Chantal (1992). *La creación por la metáfora. Introducción a la razón poética*. Barcelona: Anthropos.
- MAILLARD, Chantal (2004). *Matar a Platón*. Barcelona: Tusquets.
- MAILLARD, Chantal (2005). *Diarios indios*. Valencia: Pre-Textos.
- MAILLARD, Chantal (2006). *Husos. Notas al margen*. Valencia: Pre-Textos.
- MAILLARD, Chantal (2007). *Hilos*. Barcelona: Tusquets.
- MAILLARD, Chantal (2009). *Hainuwele y otros poemas*. Barcelona: Tusquets.
- MAILLARD, Chantal (2010). *Filosofía en los días críticos. Diarios 1996-1998*. Valencia: Pre-Textos.
- MAILLARD, Chantal (2013). *Contra el arte y otras imposturas*. Valencia: Pre-Textos.
- MAILLARD, Chantal (2015). *La herida en la lengua*. Barcelona: Tusquets.
- MARTÍNEZ GARCÍA, MIGUEL ÁNGEL (2018, en prensa): “La imaginación política de la inmunidad. Del “cuerpo social” a la “comuna del cuerpo””. Peris, Jaume (ed.). *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, “Ficciones inmunitarias: relatos culturales del contagio y de la alteridad amenazante”, 1 (2018, en prensa).
- MARTÍNEZ GARCÍA, Miguel Ángel (2017): “Enfermedad, lenguaje y vida animal”. Yelin, Julieta e Irina Garbatzky (comps.). *452ºF. Revista de Teoría de la literatura y Literatura Comparada*, “Literatura, imágenes y políticas de la vida”, 17 (2017): 66-87.
- MARTÍNEZ GARCÍA, Miguel Ángel (2016). *Una lengua común: poéticas y políticas de la enfermedad*. Tesis doctoral.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1994). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta.
- MOREY, Miguel (1990). “Introducción. La cuestión del método”. Foucault, Michel. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós/I.C.E.-U.A.B.: 9-44.
- MOREY, Miguel (2014). *Escritos sobre Foucault*. Madrid: Sexto Piso.
- NANCY, Jean-Luc (2001). *La comunidad desobrada*. Madrid: Arena Libros.
- NANCY, Jean-Luc (2006). *Ser singular plural*. Madrid: Arena Libros.
- NAVARRO, Elvira (2014). *La trabajadora*. Barcelona: Random House.
- NEUMAN, Andrés (2012). *Hablar solos*. Madrid: Alfaguara.
- PERAN, Martí (2016). *Indisposición general. Ensayo sobre la fatiga*. Hondarribia: Hiru.

- RANCIÈRE, Jacques (2009). *El reparto de lo sensible. Estética y política*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- RANCIÈRE, Jacques (2011). *Política de la literatura*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- RECALCATI, Massimo (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- RECALCATI, Massimo (2006). “La personalità borderline e la nuova clinica”. Cosenza, Domenico, Angelo Villa y Massimo Recalcati (eds.): *Civiltà e disagio. Forme Contemporanee della psicopatologia*. Milán: Mondadori.
- RECALCATI, Massimo (2007). “¿Los nuevos síntomas? Hijos del conformismo de la civilización. Entrevista con Massimo Recalcati, de Associazione Jonas (Centro de Investigación Psicoanalítica para los Nuevos Síntomas)”. *Revista de Espai en Blanc 3-4: La sociedad terapéutica*. Barcelona: Espai en Blanc / Edicions Bellaterra: 191-194.
- SLOTERDIJK, Peter (2001). *Eurotaoísmo. Aportación a la crítica de la cinética política*. Barcelona: Seix Barral.
- SONTAG, Susan (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- TÖNNIES, Ferdinand (1979). *Comunidad y asociación*. Barcelona: Península.
- ZIZEK, Slavoj (2003). *El sublime objeto de la ideología*. México D.F.: Siglo XXI.



COMER NADA O LA DEFENSA DEL VACÍO

To eat nothing or the defense of emptiness

ROSA DURÁ CELMA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (ESPAÑA) rosa.dura@uv.es

Rosa Durá es psicoanalista en Valencia y Doctora en Filología por la Universitat de València. Actualmente es investigadora de grupos de investigación adscritos a dicha Universidad (Catcom y Artelope), a la vez que desempeña su labor como psicoanalista y diversas funciones en la sede de ELP de Valencia. Es autora de varios artículos, que han sido publicados en revistas especializadas, siendo algunos de ellos: “De ‘un cuerpo para el culto’ a un ‘culto del cuerpo’: modalidades de goce e invención”; «La interpretación analítica: del *impasse* del cifrado a la reducción del sentido»; “*La ocasión*: una novela en el eje de la vacilación”; “En el principio... fue el deseo. La constitución del yo en *Metafísica de los tubos*: una lectura desde la teoría psicoanalítica”.

RECIBIDO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2017

ACEPTADO: 11 DE DICIEMBRE DE 2017

RESUMEN: Este artículo pone de relieve el enfoque que el psicoanálisis lacaniano adopta frente a la anorexia nerviosa. Desde una perspectiva clínica y teórica, describe sumariamente la consideración de dicho síntoma, distinguiendo su manifestación en las diferentes estructuras clínicas. El núcleo de esta parte del trabajo lo constituye la anorexia en la neurosis, mostrando que la anorexia se encuentra en estrecha relación con el deseo y, por consiguiente, con la demanda del Otro y la castración.

Asimismo, el trabajo abunda en mostrar cómo no solo el Otro primordial y la elección del sujeto son decisivos en la aparición del síntoma, sino también cómo el Otro social supone un papel agente en tanto que, el discurso social contemporáneo empuja a los sujetos a una satisfacción inmediata que él mismo alimenta con los objetos de consumo.

PALABRAS CLAVE: anorexia, psicoanálisis lacaniano, discurso capitalista, objetos plus de goce.

ABSTRACT: This article highlights the approach that Lacanian psychoanalysis adopts towards anorexia. From a clinical and theoretical perspective, it summarily describes the consideration of that symptom, distinguishing its manifestation in the different clinical structures. The article shows that anorexia is closely related to desire and, therefore, to the demand of the Other and castration.

Likewise, the article reflects on the agent role of the social Other in the emergence of anorexia, as it pushes the subjects to an immediate satisfaction with objects of consumption.

KEYWORDS: anorexia, lacanian psychoanalysis, capitalist discourse, plus object of enjoyment.

Durá Celma, Rosa.

“Comer nada o la defensa del vacío”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 353-362.

DOI: 10.7203/KAM.10.10651 ISSN: 2340-1869

Si se puede dar la nada, no es ni antes ni
después del ser ni, en general, fuera del ser,
sino en el mismo seno del ser,
en su corazón, como un gusano.

El ser y la nada, JEAN-PAUL SARTRE

EL OBJETO NADA Y LA MUECA DEL OTRO

En un microrrelato titulado “Hartazgo” leemos lo siguiente:

Cada vez que comía le invadía una desagradable sensación de hartazgo; comía, pero sabiendo que al alimento sobrevendría inmediatamente esa desagradable sensación. No se trataba de un exceso de comida, esa saturación en el estómago que ya apenas conseguía recordar. No, se trataba de otra cosa, un no-sé-qué indefinible, comparable solo a la consecución de un deseo satisfecho. Sobreviene entonces la sensación de desapuntamiento, de falta de sostén. Cuando el señuelo de la saturación desaparece, queda la nada. Esa ausencia vital no es más que eso: verdad revelada.¹

El fragmento seleccionado sitúa en primer plano una pregunta por el ser, puesto que es en la falta el lugar en el que se localiza el sujeto. Graciela Sobral, autora dedicada desde hace años a la clínica y la investigación de la anorexia y de la bulimia desde una orientación lacaniana,² señala la evidencia de que para cada persona la relación con el alimento tiene un lugar fundamental en su subjetividad, pues, por la vía del alimento, el ser humano es introducido en la dimensión de la relación con los otros, especialmente con ese Otro fundamental que es la madre (2011: 80, 84), aunque puede ser encarnado tanto por hombres como por mujeres.

El caso más paradigmático del particular vínculo del sujeto con el alimento lo encontramos en los mal llamados por el discurso médico y la psicología conductivista “trastornos alimenticios”, donde se habla de estas enfermedades en términos de epidemia. Los criterios que determinan la inscripción de un sujeto en la esfera de la anorexia o de la bulimia aparecen publicados en el DSM-IV con todo lujo de detalle. Y los posibles factores que los determinan pasan desde cuestiones socioeconómicas y socioculturales –parece haber una mayor proclividad a la enfermedad en los países más prósperos y en las culturas occidentales y un mayor índice de casos en las escuelas privadas que públicas– hasta las recientes investigaciones que creen ver en la genética una predisposición a la anorexia.³ En cuanto al tratamiento, la orientación cognitivo-conductual propone diseñar programas de intervención en los que las ideas y las formas de interpretar la imagen corporal, los actos y las emociones sufran una modificación que permita al paciente restaurar conductas de ingesta adecuadas con las que aumente o regule su peso (Ochoa, 1996: 52-61).

¹ Rosa Durá Celma (texto inédito).

² Orexis, Centro para la investigación y tratamiento de anorexia y bulimia, se creó en el año 2000 como una alternativa al discurso cognitivo-conductual o sistémico que, desde una orientación analítica lacaniana, se ocupa de estos síntomas.

³ Fuente: Europa Press / Barcelona. Puede consultarse en el siguiente [enlace](#).

Un horizonte muy distinto nos encontramos en el campo del psicoanálisis. La clínica analítica ha demostrado que el síntoma anoréxico o bulímico se encuentra muchas veces no solo en la hija, sino también en la madre. Efectivamente, el alimento es un objeto privilegiado, no solo porque alimenta, sino porque en torno a él se organiza la relación con el Otro, en este caso encarnado por la madre. El hecho de que la madre intente distinguir el día y la noche, unos horarios para el juego, comidas e higiene, introduce ya una matriz simbólica en la subjetividad del niño. La formalización de Jacques Lacan del Edipo es la de reducir a la madre a su función en la metáfora, es decir, reducirla a la función del deseo, lo que implica su definición en términos de castración. El deseo de la madre es lo que interviene en el proceso que funda al sujeto bajo la ley paterna, bajo la función de la castración. Lo que nos permite decir que la madre es un nombre de la castración en psicoanálisis (Marie-Hélène Brousse, 1993: 16).

Lo que la madre da en forma de cuidados, incluida la nutrición, se convierte en un símbolo fundamental, se convierte en don de amor. La demanda del niño no es, por tanto, demanda que busca la satisfacción de una necesidad, sino demanda de amor, de reconocimiento.⁴ Sin embargo, el vector de toda demanda es la frustración, en tanto que la demanda de amor es demanda al Otro de un complemento de ser que lo colme, una falta en ser cuyo origen mítico está precisamente en esa hiancia que se produce al pasar por el cauce de la demanda –es decir, por el significante– la necesidad. Esa hiancia, esa falta es, como bien sabemos, el deseo.

Jacques-Alain Miller, en una de las conferencias caraqueñas, afirma que el amor está más allá de lo que sería la satisfacción de la necesidad, y dirigiéndose a su público manifiesta:

Ustedes pueden satisfacer perfectamente la necesidad de comer, pueden satisfacer el hambre; pueden satisfacer tanto esa necesidad que pueden llegar a fabricar anoréxicos. La demanda de ser alimentado no se sitúa a nivel de la pura y simple necesidad de comer. Lo más importante que se tiene para dar es lo que no se tiene como una propiedad, como un bien, y esa es, por cierto, la definición lacaniana del amor, dar lo que no se tiene (1986: 22).

En efecto, el amor, según Lacan, es “lo que al Otro le es dado colmar [...] y que es propiamente lo que no tiene [...] es lo que evoca toda demanda más allá de la necesidad que se articula en ella” (2005: 607-08). Lo que ocurre en el caso de la anorexia nerviosa no es otra cosa que un equívoco por parte de la madre que confunde sus cuidados con el don de amor, es decir, en lugar de lo que no tiene, atiborra al niño con “la papilla asfixiante”. Se trata de madres que no pueden transmitir la falta, que obturan imaginariamente su propia falta con el niño, razón por la cual no pueden trasladarla. Madres que, o bien están siempre presentes, o bien suplen su ausencia con un plus. ¿Qué consecuencias tiene esto? Del lado de la madre existe una dificultad para dejar que el niño deje de ser el falo que, imaginariamente, la completa; del lado del niño, queda un sujeto muy capturado en el lugar narcisístico de ser el tapón de la falta, “el sustituto del objeto del Otro” (Sobral, 2001: 83), y

⁴ Lacan afirma que la mujer es no-toda o está no-toda bajo el significante fálico. El amor constituye la vía para la compensación fálica como la vía para que la niña-mujer intente encontrar las palabras que la nombren en su ser (Sobral 2011: 27).

para el que, no solo la nada –que tiene una centralidad absoluta en el sujeto anoréxico–, y los huesos, sino también, como bien se entiende, el objeto oral adquiere un lugar preeminente.

En este sentido, entonces, la oralidad no es solo una forma instintiva del hambre, sino que precisamente, por haber entrado en la lógica de la sustitución de la exigencia de amor por la satisfacción, es en verdad una actividad erotizada en el plano del deseo, el cual se ordena en el orden simbólico. Es así como es posible entender la verdadera función de un síntoma como el de la anorexia mental en donde no se trata de un no comer, sino de un “comer nada” (Lacan, 2005: 186-87). El niño, o el adolescente en un momento posterior, “come nada”. Es por eso que Lacan, en “La dirección de la cura”, se pregunta si el niño, al negarse a satisfacer la demanda de la madre que lo colma con objetos, no estará exigiendo en realidad que la madre tenga un deseo fuera de él, principiando de este modo el camino que le falta hacia el deseo (2005: 608).

Podemos concluir, para terminar con lo que considero el origen y fundamento de la anorexia (al menos en una de sus dimensiones), que la demanda del niño, lejos de ser demanda del objeto de la necesidad, es en el fondo esa demanda de nada en que consiste la demanda de amor. El niño le pide a la madre que aporte su propia falta, esto es, su castración. Se trata, en última instancia, de una estrategia de separación ante la demanda asfixiante del Otro (Recalcati, 2003: 115) donde el pedido de la falta nos conduce inevitablemente al objeto nada, objeto simbólico con el que la maniobra anoréxica intenta producir un vacío real que restablezca el equilibrio, un objeto que le permite defenderse, pero ¿de qué?

Lacan ubica la emergencia de la angustia en torno a dos situaciones: la ausencia de falta y la inminencia del deseo del Otro. En ambos casos irrumpe un real para el sujeto anoréxico que soslaya mediante una sustitución sintomática. “El sujeto pone en juego el objeto simbólico nada con el que intenta producir un vacío real” (Sobral, 2001: 55). A partir de este momento fundacional es que Graciela Sobral relaciona la anorexia con la contemporaneidad. El Otro primordial, más allá de la mujer-madre, está sujeto al discurso de la época. Los imperativos sociales (laborales, sanitarios, nutricionales) obligan a la madre a ser ejemplar y, más allá de su particularidad, se ve impelida a satisfacer las necesidades de hijo. En lugar de dar amor, juego y tiempo, se preocupa por cubrir las necesidades, dando el objeto de goce, impidiendo con esa sobresaturación la emergencia del deseo del niño. Por otro lado, las exigencias laborales de la mujer, su afán por competir con el hombre y buscar el éxito (mascarada fálica sin duda) orienta cada vez más a la mujer hacia el falo (el todo) que, en consecuencia, la llevan por una serie de imperativos que la empujan al goce y, a su vez, la alejan de la falta y del deseo femenino (el no-todo). Según esta autora, tomar una posición femenina en relación a la sexualidad no es fácil; en la mujer hay una tendencia a situarse exclusivamente en una posición fálica y masculina, pero es que la época actual alienta todavía más esa dificultad (2001: 37-21).

Es un lugar común referirse a la acusada tendencia de las sociedades de consumo al goce inmediato en el que los objetos se suceden uno tras otro. La época privilegia el goce autista,

alejándonos a pasos agigantados de la prohibición y acercándonos al imperativo de gozar,⁵ lo que está en estrecha relación con los nuevos síntomas –anorexia, bulimia y toxicomanía–, dado que si bien en los dos primeros casos nos enfrentamos a síntomas que revelan la dificultad de la mujer con lo femenino, estos no solo se sostienen desde el lugar del Otro materno, pues también el Otro social adquiere un papel agente al empujar a una satisfacción inmediata y perpetua. Como afirma Miller (2007: 83), a principios del siglo XXI se produce una subida al cenit social del valor de goce; gozar es un derecho. El declive del Nombre del Padre es una realidad. El Otro contemporáneo sabe del mandato libidinal del sujeto y lo aprovecha, lo capitaliza ofreciéndole a este una satisfacción mediante los objetos de la producción, es decir, mediante la serie de objetos a en su valor de plus de goce. La maquinaria neoliberal tiene éxito porque participa de la estructura del sujeto, estructura que el mercado no deja de alimentar.

En la época en que Freud escribió *El malestar en la cultura*, el orden simbólico, la cultura era otra. La subjetividad varía en función de su época. Ahora bien, como la indagación y trabajo de Jorge Alemán nos muestra, no todo es histórico; de ser así “le regalamos al poder todo” (2016: 168). El neoliberalismo produce subjetividades; la praxis del psicoanálisis acoge al sujeto, con su división, con su falla, en la singularidad de su goce. Trata el malestar que produce el discurso del amo, y cuando el malestar cambia, consecuentemente, la clínica se modifica.

LA ANOREXIA EN SINGULAR NO EXISTE

Massimo Recalcati, autor de *Clínica del vacío*. Anorexia, dependencias y psicosis, constata, a partir de su práctica analítica, que en las historias de los sujetos anoréxicos se detecta muy frecuentemente un “desastre vinculado míticamente a la relación del sujeto con el espejo”. Esta circunstancia nos lleva indefectiblemente a ese momento en el que se constituye la imagen del cuerpo en el ser humano: el estadio del espejo. Centrándonos en lo que atañe al sujeto anoréxico, en esa escena primigenia ante el espejo en la que Lacan hace surgir el Ideal del yo, lo que el sujeto encuentra no es el rostro amable del Otro, sino el escarnio, el desprecio o la indiferencia, que cristaliza en una imperfección narcisista: la asunción de una imagen deformada, una imagen de sí desfasada y excesiva que encuentra su origen, como decía, en la mirada de un Otro que, en lugar de dar consistencia al sujeto por medio del reconocimiento, lo invalida poniendo sobre él la marca de una percepción imperfecta de su imagen que lo acompañará de por vida, una imagen que, valga decir, resulta para el sujeto una certeza subjetiva inapelable.

Si bien, como ya he dicho, el origen y fundamento de la anorexia hunde sus raíces en la infancia, es en la adolescencia cuando emerge generalmente como síntoma. La relación del sujeto con su propia imagen, latente hasta ese momento, emerge muy frecuentemente en el sujeto anoréxico en

⁵ En este sentido puede verse la diferencia que establece Recalcati entre una clínica de la falta que caería del lado de la neurosis (carácter metafórico, enigmático y cifrado del síntoma, represión, retorno de lo reprimido, etc.) y una clínica del vacío en la que se da una modalidad de goce que no se inserta en el intercambio con el Otro sexo, sino que se trata de un goce asexual.

el encuentro con el otro sexo, ya que es en ese tiempo cuando debe enfrentarse con la feminidad, con la pregunta acerca de qué es ser una mujer. Lo que parece acotar el terreno en el que se circunscribe la anorexia, esto es, el terreno de la histeria y, por lo tanto, en el marco estructural de la neurosis. Pero, ¿es realmente así? En absoluto. Al igual que ha habido intentos de hacer de la melancolía o del autismo una cuarta estructura subjetiva, algunos autores han querido ver en la anorexia una nueva configuración subjetiva. Recalcati, a quien seguimos en este apartado, señala que una clínica estructural de la anorexia debe evitar confundir los rasgos típicos de una posición específica del sujeto con la atribución a los mismos de un valor de índices estructurales, concluyendo que existen anorexias neuróticas, psicóticas y perversas (2003: 21).

No insistiré demasiado en la anorexia neurótica, puesto que ya he aludido previamente que en estos sujetos la nada tiene un valor dialéctico, es decir, que comer nada es un modo de reducir la omnipotencia del Otro, lo que conlleva a emancipar al sujeto de su inexorable dependencia alienante del Otro. “Es la nada como defensa, como escudo y como soporte del deseo” (2003: 23). De alguna manera, diríamos, en este caso nos movemos en el espacio de la histérica cuyo discurso está ordenado por un goce específico, el de la falta. Como observa Graciela Sobral, mediante el objeto simbólico nada, el sujeto anoréxico reclama al Otro el don de amor, y lo convierte en su objeto de goce. En el caso de la bulimia, muchas veces imbricada con la anorexia, se ve muy claramente que no solo se trata del objeto nada como tal, sino de un manejarse con este objeto. La secuencia es: primero la nada, luego el atracón y, por último, el vómito (2011: 14). En el perfil histórico de la anorexia encontramos que la satisfacción reside en la eternización de la insatisfacción, en otras palabras: de una lógica del sacrificio extremo del cuerpo para obtener el signo de su falta.

La anorexia es un síntoma y como tal tiene una función dentro de la estructura del sujeto. Esa es la razón por la que hay que escuchar la singularidad de ese síntoma, tomarse el tiempo necesario que ello requiere. Por introducir un ejemplo: no tiene la misma función el no comer de un sujeto histérico que el rechazo por el alimento de un sujeto que trata de prevenir un posible desencadenamiento.

En la relación a la dimensión psicótica de la anorexia, no nos hallamos en una relación con el deseo del Otro, sino que expresa un rechazo radical del Otro. Está en correlación, más bien, con el goce del Otro, y con una reducción del propio deseo a nada en la que se aprecia una modalidad de goce desvinculada del falo y de la castración. Es una versión de la nada como aniquilación. En esta vertiente de la anorexia, la mortificación no es simbólica, sino real. El cuerpo delgado se limita a ser una barrera respecto al riesgo de una devoración percibida como real (Recalcati, 2003: 26-27).⁶ El caso de una analizante psicótica que expresa su deseo de vivir como una piedra o como una ameba pone de relieve esta identificación a la ley de lo neutro o de la insipidez que tipifica esta faceta de la anorexia.

⁶ La explicación de este empuje del cuerpo a su propia destrucción la encuentra el autor en el poco conocido concepto freudiano de la nirvanización. Con el principio de nirvana Freud alude a una suerte de narcotización del Principio de placer que, consecuentemente, provoca una descompensación en la que Thanatos supedita a Eros provocando en el cuerpo una desvitalización, no simbólica, sino real (Recalcati 2003: 50).

Los ejemplos que a continuación selecciono nos permitirán concluir esta parte, ilustrando la afirmación que da título a este epígrafe: la anorexia en singular no existe. Para ello me serviré de una de las pasiones de la anorexia que se manifiesta diferencialmente en función de la estructura que pongamos en nuestro foco: la pasión por los huesos.

Desde el punto de vista de la clínica de la neurosis, observa Recalcati, la pasión por los huesos, por el cuerpo delgado, se enlaza con el hecho de que la imagen del cuerpo femenino pueda erigirse como significante del deseo del Otro. Si en la mujer la moda, el vestido, tiene el valor de velo que encubre la ausencia de falo, en la anorexia la falicización de la imagen del cuerpo no se realiza mediante el vestido, sino mediante la delgadez, la exhibición de los huesos. El cuerpo delgado se convierte en una especie de icono de un ideal de belleza que, en cierto sentido, el discurso social contemporáneo, el discurso capitalista, sostiene. El sujeto, pues, se separa del cuerpo sexual sustrayéndose de la dimensión del cuerpo como campo del goce y del intercambio sexual (2003: 69).

Adentrándonos en el campo de la psicosis, la pasión por los huesos comporta mayor peso en tanto que el hueso puede convertirse en un símbolo que compensa imaginariamente la ausencia del Nombre del Padre. En otros casos tras la angustia de engordar –reverso de la emergencia de los huesos en la carne– se encuentra el riesgo de la pérdida del propio cuerpo. El hueso es aquí, por decirlo de alguna manera, garante del vínculo imaginario entre el cuerpo y el sujeto, de ahí que engordar pueda suponer para el sujeto psicótico un desposeimiento, como si fuese expulsado de su propio cuerpo.

Aunque menos habitual, es cierto, existe una pasión perversa por los huesos, y en esta modalidad nos encontramos con los hueso-falo, cuya función es negar la castración real del cuerpo femenino. En este caso el goce reside en la contemplación de unos huesos en su valor fálico-fetichista. El cuerpo esquelético es cuerpo erecto, consistente, duro. Es por eso que para la anorexia perversa, la angustia derivada de engordar dificulta denegar la castración (Recalcati, 2003: 66-73).

Como puede apreciarse, ante la nada y los huesos, los sujetos realizan diferentes elecciones y diferentes formas de relacionarse con el vacío y su representante óseo. No obstante, por encima de cualquier diferenciación estructural, la anoréxica parece decirnos que su objetivo principal no es otro que el de reducir la omnipotencia del Otro, aunque de maneras bien diversas. Recalcati lo expresa del siguiente modo:

La transformación de la omnipotencia del Otro en impotencia [...] puede ser descifrada de diversas maneras a nivel estructural. Entonces descubriremos que esa maniobra chantajista del sujeto puede servir para angustiar al Otro (en la perversión), o para protegerse del Otro utilizando el cuerpo-rehén como cuerpo-barrera (en la psicosis) o, finalmente, haciéndose objeto de la falta del Otro, es decir, haciéndose desaparecer, ausentándose, pero solo para poder faltarle al Otro (en la neurosis histérica) (2003: 379).

En definitiva, la anorexia en singular no existe, lo que significa que es siempre singular para cada sujeto.

OBSERVACIONES FINALES

A diferencia de otros discursos que tienen muy en cuenta la exigencia de los paradigmas de belleza actuales a la hora de enfrentarse a los “trastornos alimenticios”, y desresponsabilizan al sujeto de su enfermedad, el psicoanálisis, aun teniendo presente el discurso del Otro social, no soslaya el hecho de que, en definitiva, el déficit en relación al deseo y el fuerte empuje pulsional que caracteriza a la anorexia y la bulimia, no deja de ser una elección del sujeto. Los objetos de consumo proliferan en la época actual, así como, en el centro del discurso capitalista,⁷ el imperativo “consume” es preferente: consume para producir más, produce para consumir más. Sin embargo, el empuje a obturar con los objetos los objetos de la producción, es decir, mediante la serie de objetos a en su valor de plus de goce, proviene de lo real de cada sujeto, y solo sabiendo algo acerca de ese real, el sujeto podrá sustraerse a los mandatos de dicho discurso. Por otro lado, el *parlêtre* (el ser hablante), obtiene cierta consistencia mediante la relación de adoración que establece con su cuerpo. Como señala Araceli Fuentes, “pensamos que nuestro cuerpo nos representa tanto como nuestras palabras y en esta creencia tiene su fundamento una gran industria dedicada al cuidado del cuerpo”. La ciencia y la técnica, en alianza con el discurso capitalista, parecen no aceptar el paso del tiempo, el envejecimiento, es decir, la castración (2016: 176).

Ante qué hacer con un simbólico cada vez más inoperante en su función organizadora y reguladora del goce, ante cómo vérselas con la pregunta qué es ser una mujer o cómo arreglarse con la dificultad ante la propia imagen, siempre alienante, el sujeto toma decisiones, no siempre conscientes, pero que le conciernen íntimamente. Son múltiples las coyunturas del desencadenamiento de la anorexia: el encuentro con lo real del cuerpo, el encuentro con una experiencia de duelo o de separación, la iniciación en el discurso amoroso o la exposición del sujeto al goce del Otro nos servirían de ejemplo. Pero, en cualquier caso, como analistas, sobre todo para los analistas, es necesario atender a la particular elaboración del sujeto y al modo en que este se las ha arreglado con determinadas contingencias de su devenir.

Las terapias ajenas al psicoanálisis que pretenden curar la anorexia mediante una rectificación de la percepción de la imagen corporal desconocen la importancia de la subjetividad (Sobral, 2001: 33), es más, desconocen que verse o sentirse gorda es el modo en que un sujeto traduce su malestar. Frente a estas terapias, y en relación a la dirección de la cura, de lo que se trata es, como siempre, de escuchar al sujeto, de cederle la palabra para que tenga ocasión de desplegar su síntoma, los conflictos que este genera y el modo en que se sostiene.⁸ Y hay que hacer esto sin obviar que en ocasiones el síntoma es algo que le viene bien al sujeto, como en los casos de la anorexia en la psicosis

⁷ Las referencias al discurso capitalista podemos encontrarlas en Lacan en el seminario 16, 17, 18, 19 y en *Radiofonía y televisión*, pero especialmente en “Del discurso psicoanalítico”, conferencia dictada en Milán el 12 de mayo de 1972, donde Lacan formaliza y escribe su matema. Esta conferencia se publicó en el número 22 de la *Revista Psyqué*, en 1988.

⁸ En este punto, resulta imprescindible aclarar que, con bastante frecuencia, la medicina resulta necesarias en algunos casos, sobre todo, en aquellos de extrema gravedad en los que la vida del paciente corre serios riesgos. No obstante, la atenuación o la desaparición del sufrimiento del sujeto radica en su disposición a saber algo sobre ese malestar del que se queja para que pueda producirse cierta modificación en su programa de goce.

donde el síntoma viene a frenar el desencadenamiento psicótico o, como afirma Recalcati (2003: 126) a partir de algunos casos clínicos, la anorexia se presta a ser una nueva prótesis imaginaria para brindar al sujeto una identidad que no deriva de la función constituyente de la identificación edípica, un método, una regla, una disciplina que, aunque loca, se convierte en un nuevo centro del sujeto.

Por supuesto que, desde la perspectiva de la cura, es impensable ver en lo que hace sufrir a un sujeto algo del orden de la reivindicación social. Sin embargo, desde una concepción teórica que tiene como norte la pregunta sobre en qué medida puede el psicoanálisis hacer frente al discurso capitalista, cuestión esta, en mi opinión, subsidiaria del dispositivo analítico en sí mismo o del deseo de saber de un sujeto que cruza la puerta de una psicoanalista, desde esa perspectiva, como decía, en la elección del sujeto anoréxico del lado de la histeria late un gesto de resistencia a esta variante del discurso del amo, un discurso que, como dice Lacan, rechaza la castración y no pone ningún límite al goce, que obtura el deseo con su cadena interminable de objetos. Como apunta Miller al establecer la compleja dialéctica entre el hecho y el dicho, el hambre puede ser un castigo a una parte de la población o puede ser un motivo de rebeldía, puede tener el sentido de rechazar la ley del Otro (2003: 103). El comer nada de la anorexia, en su dimensión política, parece querer decirnos: la emergencia del deseo pasa necesariamente por un vacío que ningún objeto puede satisfacer, y yo estoy ahí para evidenciarlo.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ALEMÁN, Jorge (2016). *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Buenos Aires: Gramma.
- BROUSSE, Marie-Hélène. “Madre o mujer”. *Correo del Campo Freudiano en Andalucía* 13 (1993): 15-20.
- BROUSSE, Marie-Hélène. “Muerte y resurrección de la histérica”. *Virtualia*, 6 (2002): 2-5.
- DURÁ CELMA, Rosa. “Hartazgo” (inédito).
- EUROPA PRESS / BARCELONA (2004). “[Científicos españoles descubren el origen genético de la anorexia](#)”.
- FUENTES, Araceli (2016). *El misterio del cuerpo hablante*. Barcelona: Gedisa.
- LACAN, Jacques (2005). “La dirección de la cura y los principios de su poder”. *Escritos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- LACAN, Jacques (2005). *La relación de objeto. Seminario IV*. Buenos Aires: Paidós.
- MILLER, Jacques-Alain (2007). “Cómo se inventan nuevos conceptos en psicoanálisis”. *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona: RBA.
- MILLER, Jacques-Alain (1986). “Recorrido de Lacan”, *Recorrido de Lacan. Ocho conferencias*. Buenos Aires: Manantial.
- MILLER, Jacques-Alain (2007). *La angustia. Introducción al seminario X de Jacques Lacan*. Barcelona: Gredos.
- OCHOA, Elena F. L. (2003). *De la anorexia a la Bulimia*. Madrid: Aguilar.
- RECALCATI, Massimo (2003). *Clínica del vacío. Anorexia, dependencias, psicosis*. Madrid: Síntesis.
- SOBRAL, Graciela (2001). *Madres, anorexia y femineidad*. Buenos Aires: Filigrana.



ESCENAS DE CONFESIÓN EN *LOS SIETE LOCOS* Y *LOS LANZALLAMAS* DE ROBERTO ARLT: MALESTAR Y ACONTECIMIENTO¹

Confession scenes in Roberto Arlt's *Los siete locos* y *Los lanzallamas*:
Uneasiness and Event

ANDREA KOTTOW KEIM

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO (CHILE) akottow@yahoo.com

Doctora en Historia de la Medicina por la Freie Universität Berlin, Licenciada en Lengua y Literatura Hispánicas, y Magíster en Literatura General y Comparada de la Universidad de Chile. Actualmente se desempeña como académica en el Departamento de Humanidades de la Universidad Andrés Bello. Es investigadora en el campo de los estudios culturales y literarios, y se ha especializado en las relaciones entre literatura y medicina con un enfoque biopolítico, concentrándose en las representaciones y significaciones de enfermedad y salud.

RECIBIDO: 22 DE AGOSTO DE 2017

RESUMEN: El planteamiento inicial del artículo postula que las teorías psicoanalíticas comenzaron a circular y a popularizarse más allá de los marcos médicos y psiquiátricos en América Latina y Argentina, específicamente en Buenos Aires, en las décadas del '20 y '30. Las ideas freudianas producen una profunda transformación en la concepción del sujeto, de la relación que mantiene este consigo mismo y con los otros, emergiendo un sujeto atravesado por el inconsciente. La literatura de este período se puebla de figuras literarias que exploran esta dimensión inconsciente del sujeto. A partir de una lectura de las novelas *Los siete locos* (1929) y *Los lanzallamas* (1931) de Roberto Arlt, el texto explora la figura de las escenas de confesión que en ellas se darían, posibilitando los textos literarios la aparición de un dispositivo psicoanalítico, que gira en torno a una verdad de carácter dialógico y escénico.

PALABRAS CLAVE: Roberto Arlt, Psicoanálisis, escenas de confesión, malestar, acontecimiento.

ACEPTADO: 17 DE NOVIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: The article proposes that psychoanalytic theories began to circulate, - and to be popular beyond medical and psychiatric circles -, in Latin-America and Argentina, especially in Buenos Aires, in the 1920s and 1930s. The ideas of Freud produce a profound transformation in the concept of the subject, of the relationship he has with itself and with others, letting a subject emerge that is marked by the unconscious. Starting from an interpretation of the novels *Los siete locos* (1929) and *Los lanzallamas* (1931) by Roberto Arlt, the article examines the figure of confession scenes. Through these scenes, a psychoanalytic dispositive emerges, involving a dialogical and scenic truth.

KEYWORDS: Roberto Arlt, Psychoanalysis, Confession Scenes, Uneasiness, Event.

¹ Este artículo fue elaborado en el marco del Proyecto Jorge Millas Di-15-17 / JM de la Universidad Andrés Bello, titulado "La puesta en escena de lo psicoanalítico en las literaturas chilenas y argentinas de mediados de siglo".

Lo importante, decía el abate Galiani a Madame d'Épinay, no es curarse,
sino vivir con sus enfermedades.

A. CAMUS

PLANTEAMIENTOS INTRODUCTORIOS:

En 1910 se celebra en Buenos Aires el Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene. En este encuentro, un médico chileno de origen alemán –Germán Greve Schlegel– presenta un trabajo titulado “Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos”, en el cual articula sus experiencias clínicas con ciertos enfoques provenientes del psicoanálisis freudiano. Con su intervención, Greve Schlegel se convertirá en uno de los primeros latinoamericanos en hacer referencia a Sigmund Freud. Tanto para el contexto argentino, como para el chileno, esta especie de hito fundacional, más allá de su valor anecdótico, permite rastrear las primeras recepciones que del psicoanálisis y las teorías freudianas se hicieran en estas latitudes².

Para el caso argentino, el psicoanálisis aparece, en sus inicios, amalgamado (Plotkin, 2003: 28) con otras teorías que se manejaban en los círculos psiquiátricos de las primeras décadas del siglo XX, como, por ejemplo, la teoría de la degeneración elaborada por el psiquiatra francés Benedict August Morel. Los planteamientos de este último estaban dirigidos a llenar un vacío explicativo que se presentaba con relación a la herencia de ciertas enfermedades: probado el carácter hereditario de una serie de patologías físicas por las recientes teorías de la herencia, surgía la pregunta por la aparición de enfermedades psiquiátricas en grupos familiares que parecían perfectamente sanas. Morel reconocía, entonces, que ciertas anomalías de gravedad menor estaban destinadas a aumentar, en su traspaso, de una generación a otra. Un simple desvío que podía escaparse al diagnóstico, en la siguiente generación se convertiría en un mal psiquiátrico mayor. Además de la teoría de la degeneración, pero en su cercanía, estaban en boga las ideas criminalistas del italiano Cesare Lombroso, que sostenían la tesis de un perfil fisiológico del criminal. A su vez, Lombroso indagaba en las relaciones entre locura y genialidad. La importancia de vincular la teoría psicoanalítica con estas otras aproximaciones al complejo mundo de la psique, reside en que se pone de manifiesto su temprano potencial de exceder el marco del saber médico y convertirse en una teoría de corte cultural. Tanto las tesis de Morel como los planteamientos de Lombroso gozaron en sus lugares de proveniencia de una amplia recepción en círculos no médicos, convirtiéndose en verdaderas cifras para comprender la decadencia de la Europa finisecular. El ánimo general del así llamado *fin de siècle* encontró en estas teorías médicas un modelo para pensar y expresar el malestar y la sensación de

² Así lo establecen para el caso argentino Hugo Vezzetti en *Freud en Buenos Aires*, Mariano Plotkin en su *Freud en las pampas* y Mariano Ruperthuz en *Freud en Chile*, señalándose la referencia de Greve -cuya cita al médico vienés fue, a su vez, atestiguada por el mismo Freud- como evidencia para postular que a partir de 1910, Freud y el psicoanálisis comienzan a formar parte de las teorías médicas consideradas en la psiquiatría. No obstante, tanto Vezzetti como Plotkin sostienen que la entrada del psicoanálisis al mundo médico bonaerense fue lento y estuvo marcado por una gran desconfianza, por orientarse la psiquiatría argentina en Francia y por dudarse de la científicidad de las teorías freudianas. Véase Hugo Vezzetti, *Freud en Buenos Aires* (1996), Mariano Ben Plotkin, *Freud en las pampas* (2003) y Mariano Ruperthuz, *Freud en Chile* (2015).

declive que embargaba al mundo letrado. Es sintomático, en este sentido, que el psicoanálisis incluso en los círculos científicos se vinculaba con determinados conjuntos de ideas que compartían algunos rasgos que hacían proclive su rebase a otros ámbitos del quehacer intelectual. De este modo, se vuelve casi imposible distinguir entre una recepción estrictamente médica y otra cultural del psicoanálisis en Argentina (Plotkin, 2003: 28). Tal como postula Hugo Vezzetti, se revela muy precozmente en la recepción freudiana en Argentina “una matriz de lectura, propiamente cultural” (Vezzetti, 1996: 15).

Convoco, entonces, a entender el psicoanálisis desde una perspectiva amplia, considerándose “la combinación de los modos particulares de difusión y recepción de diversas culturas y sociedades” (Plotkin, 2003: 18) de las ideas psicoanalíticas. Comprender el psicoanálisis en tanto artefacto cultural permite ir más allá de los autores, espacios y prácticas discursivas en los que determinadas teorías llegan a encarnarse, para abrirse a la “historia de la implantación, la apropiación y la reelaboración [de las ideas] en culturas diferentes” (Plotkin, 2003: 18). Mariano Rupertuz propone no referirse al psicoanálisis en singular sino pluralizar el término, insistiendo en que se trata de:

Un sistema de saberes y de creencias [...] que [...] ha tenido la capacidad de constituir una ‘subcultura’ en diversos lugares del mundo, es decir desbordar ampliamente el ámbito inicial de utilización difundándose por canales diversos tanto dentro de la cultura letrada y científica como de la cultura popular (Rupertuz, 2015: 27).

En su estudio sobre la genealogía de las ideas psicoanalíticas en la Argentina, Mariano Plotkin identifica la década del 20’ como el período en que el psicoanálisis abandona su restricción al ámbito médico –que por lo demás en un primer momento se mostró en gran medida desconfiado frente a ideas consideradas extranjeras, excesivamente focalizadas en la sexualidad y dudosas en su rigor científico- para gozar de popularidad y convertirse en un objeto de consumo cultural. El mismo Plotkin relaciona la paulatina apertura hacia el psicoanálisis con un creciente interés por parte de la intelectualidad latinoamericana en corrientes filosóficas de origen europeo continental, alejadas del positivismo.

Este panorama dibujado es importante para plantear que el campo cultural de la primera mitad del siglo XX en Argentina se encuentra fuertemente marcado por aspectos centrales de las teorías psicoanalíticas freudianas, donde se vinculan y se articulan con discursos sobre la modernidad, la urbanización, la salud e higiene pública, la nación y la raza, la sexualidad y el deseo. Expresado en las palabras de Vezzetti, “Freud viene asociado menos al campo de problemas de la psiquiatría que como protagonista de un movimiento intelectual con vastas repercusiones en la cultura de su tiempo” (Vezzetti, 1996: 22). La literatura es uno de los campos en los que se manifiesta esta permeabilidad de las ideas psicoanalíticas, si bien en muchos casos no se trata, desde el campo literario, de una recepción ni rigurosa ni fidedigna, sino forma más bien parte de lo que el mismo Vezzetti llama una de “sus expresiones ‘silvestres’” (Vezzetti, 1996: 18). Una serie de autores de este período puede ser leída bajo este prisma, haciéndose manifiestas las transformaciones en las visiones sobre el sujeto, la relación que mantiene consigo mismo y con otros, las definiciones e ideas

acerca de la salud y la enfermedad, la sexualidad, el deseo y su vínculo con la cultura. Si comprendemos el psicoanálisis como un conjunto heterogéneo de ideas que producen una profunda mutación de las coordenadas del campo cultural en la primera mitad del siglo XX, esto es, sin lugar a dudas, porque se evidencia en las formas representacionales que emergen del sujeto en la producción literaria. Más allá de probar o no que los autores escriben bajo el alero de sus lecturas efectivas de Sigmund Freud u otras teorías psicoanalíticas, la propuesta que quisiera hacer aquí apunta a atender al impacto que tienen las ideas psicoanalíticas, y a los cambios que producen en las visiones sobre el sujeto y su relación con la cultura. Ni el lenguaje, ni la sexualidad, ni la razón serán los mismos tras la irrupción de las teorías freudianas en el campo intelectual, aunque estas hayan sido leídas en formas indirectas, muchas veces a través de traducciones o comentarios de otros, o incluso solo recibidas de oídas y por sus manifestaciones marginales.

Entre otros, y esta es la lectura que a continuación intento desplegar, las obras *Los siete locos* y *Los lanzallamas* de Roberto Arlt se encontrarían colmadas de estas miradas transformadas sobre el sujeto, puestas en circulación por el psicoanálisis entendido en el sentido amplio exployado más arriba. En ambas novelas de Arlt se pondría en juego un sujeto reñido consigo mismo y con los demás, a partir de la incompatibilidad de sus deseos con lo que la vida comunitaria pareciera exigir de él. De este modo, emergería en estas obras un sujeto que puede ser analizado bajo la noción del malestar freudiano, que postula la producción de una necesaria negatividad en el sujeto por su convivencia en sociedad. A partir de la represión constante de sus pulsiones, el sujeto acumula un malestar que marca el vínculo de él consigo mismo y con los otros. Simultáneamente se iría difuminando en las obras de Arlt la idea de lo que es considerado normal y anormal, sano y enfermo. Para el proyecto moderno, y así lo han planteado las discusiones biopolíticas impulsadas por Foucault, y seguidas, entre otros, por Esposito y Agamben, un ideal tanto individual como colectivo de salud es fundamental para vehicular la producción y la reproducción anhelada y requerida por la modernidad. Con un sujeto en el cual potencialmente el inconsciente contradice lo que su consciente le dicta, en el que su deseo puede adquirir matices (auto)destructivos, y donde la relación con los demás está marcada por una imposibilidad de comprensión elemental, este modelo de salud entra en graves problemas. Para el psicoanálisis y la visión del sujeto que de él se desprende, el sujeto no está nunca del todo sano. Y la relación que el sujeto establece con los demás al convivir en comunidad implica aspectos enfermizos.

Este sujeto aparece en las novelas de Arlt en tanto efecto de una serie de actos de habla que analizaré bajo la figura de la confesión; las dos novelas son la urdimbre de un oyente que ha sido depositario de las confesiones de su protagonista, Remo Erdosain. Las novelas están constituidas por varias y variadas conversaciones que mantienen sus personajes –muchas de ellas adoptan un tono confesional–, todas recogidas y reproducidas por Erdosain a su confesor, quien pone a disposición del lector el texto. No se trata, no obstante, de una mera reproducción, sino, y así la propuesta de lectura, el oyente adoptaría una posición que recuerda a la escucha psicoanalítica; interpreta, selecciona y busca lo importante no siempre en lo que pareciera serlo, atento a lo latente. De esta forma, será el

lenguaje el que se encuentra en el centro de las novelas, siendo las figuras literarias –esbozos de sujetos– meros efectos de los discursos puestos en circulación.

ESCENAS DE CONFESIÓN EN *LOS SIETE LOCOS*

En 1929 Roberto Arlt publica sus *Siete locos*, novela extraordinaria en muchos sentidos. Se trata de un texto complejo, donde al mismo tiempo pareciera pasar de todo y nada. Simultáneamente colmada de múltiples sucesos, la novela ostenta el insoportable vacío de que, finalmente, nunca ocurrirá nada. La obra está forjada en torno a conversaciones varias que van sucediéndose continuamente, reduciendo la trama al mínimo y dando al lenguaje puesto en escena el verdadero protagonismo. Una de las particularidades en las que quisiera insistir en este trabajo es que la escena que configura la novela lleva el signo de lo psicoanalítico. Toda la novela se articula a partir de una confesión: la de Augusto Remo Erdosain a su confesor, quien entrega al público lector su escrito, constituido desde lo que Erdosain le ha contado. No es sino algo avanzada la obra, que el lector, a través de pequeñas huellas textuales que se vuelven más y más explícitas en el transcurso del texto, reconstruye que la novela es posibilitada por la confesión. Tras varias páginas, podemos leer:

El cronista de esta historia no se atreve a definirlo a Erdosain, tan numerosas fueron las desdichas de su vida, que los desastres que más tarde provocó en compañía del Astrólogo pueden explicarse por los procesos psíquicos sufridos durante su matrimonio.

Aún hoy, cuando releo las confesiones de Erdosain, paréceme inverosímil haber asistido a tan siniestro desenvolvimiento de impudor y de angustia.

Me acuerdo. Durante aquellos tres días en que estuvo refugiado en mi casa, lo confesó todo (Arlt, 2007: 80).

De esta forma, quien da cuenta de la historia es un receptor, interventor e intérprete de una confesión recibida. La situación de confesión, que quisiera proponer como escena psicoanalítica, se constituye en tanto fundamental para la estructura de la novela. En la confesión participan al menos dos agentes: quien se confiesa y el confesor, a quien le es atribuido el poder de su posición por quien se confiesa, adoptando ambos los lugares de analizado y analista respectivamente. La confesión posibilita la aparición de una verdad antes ocultada y reprimida. Se trata de una verdad que no opera en términos de su verificabilidad, sino desde su fuerza impositiva, atravesando al sujeto y marcando la relación de este consigo mismo y con el mundo circundante. La escena además presupone una concepción del lenguaje que cuestiona y complica su capacidad comunicativa. No aparece como herramienta al servicio de una razón ordenadora del mundo, sino más bien en tanto fuente constante de equívocos y contradicciones que, a su vez, son los medios esquivos a través de los cuales se visibiliza esta “verdad” psicoanalítica.

En una conversación entre el Astrólogo y Erdosain, este le replica al gran estratega frente a la pregunta por qué ha actuado de ciertos modos en su vida:

Eso es lo que yo no sé. [...] Aparentemente somos todo eso, pero en el fondo, adentro, más debajo de nuestra conciencia y de nuestros pensamientos hay otra vida más poderosa y enorme [...] es decir, la verdad de nosotros mismos (Arlt, 2007: 67).

Esa verdad, a la que el sujeto no tiene acceso de formas directas, solo centellea, de modo fragmentado y oblicuo, entre las palabras que intercambian los personajes: en las contradicciones y tensiones, en los lapsus y en los sueños, en los síntomas físicos que acompañan la mera denotación de lo dicho.

La situación dialógica implica que solo la interacción entre esas dos instancias -la del habla y la de la escucha- son capaces de hacer emerger una verdad que antes de esa escena de confesión estaba ocultada. Solo el fluir del habla que es impulsado por otro que interviene, y que es, en definitiva, quien recompone el relato, termina por poner en juego la escena. Al modo de los relatos clínicos de Freud, hay alguien que lee, descifra, selecciona, jerarquiza, otorga o resta importancia. En algunos pasajes, el narrador de *Los siete locos* interviene con notas a pie de página; en otros cree necesario describir las posiciones, actitudes y gestos físicos que acompañan la confesión de Erdosain, y en otros aporta con interpretaciones, como cuando acota:

En el curso de esta historia he olvidado decir que cuando Erdosain se entusiasmaba, giraba en torno de la 'idea' eje con palabras numerosas. Necesitaba agotar todas las posibilidades de expresión, poseído por ese frenesí lento que a través de las frases le daba a él la conciencia de ser un hombre extraordinario y no un desdichado (Arlt, 2007: 59-60).

Emulando la posición de un analista, quien recibe el relato de Erdosain aporta con una exégesis de lo escuchado, donde el lenguaje es la materia prima a ser interpretada. Así, tal como en el psicoanálisis, la importancia de lo ocurrido es desplazada por las formas en que el sujeto da cuenta de los sucesos, y estos últimos no pasan a ser sino efectos de un discurso. A su vez, quien escucha no reproduce fidedignamente el contenido de lo dicho por Erdosain, como si de una mera transcripción se tratase, sino incluye una lectura de lo sintomático de quien habla: el cómo se dice algo significa más allá del qué se dice. Las formas se superponen a los supuestos fondos, las superficies se vuelven profundidades.

La teórica norteamericana Linda Ruth Williams destaca en su estudio acerca de las vinculaciones entre el psicoanálisis y el sujeto literario, que uno de los principios básicos del psicoanálisis es que el inconsciente se revela a través de los modos del decir, de lo que llama "estilo" (Williams, 1995: 5). Es en este punto que Williams reconoce un poderoso vínculo entre la práctica psicoanalítica y la literaria, en el sentido de una correspondencia, que podríamos llamar hermenéutica, entre, de un lado, quien habla y quien escucha en el análisis, y escritor y lector en la práctica literaria, del otro. Postula Williams:

The patient [...] does not offer up to the analyst an open "text" thick with overt significance, but rather a linguistic and symbolic puzzle or jumble, which requires the training of peculiarly "literary" eye to read it powerfully (Williams, 1995: 7).

La lectura de signos forma parte constitutiva del quehacer del psicoanálisis y de la literatura, y su “verdad” resulta de estos procesos de desciframiento. Es más, no existe ninguna verdad que pueda comprobarse de un modo que se encuentre fuera y opere autónomamente de estos continuos procesos de producción y recepción, de escritura y lectura, de habla y escucha. Esto trae consigo una necesaria revisión de los términos de la verdad y la ficción/mentira, por un lado, y de lo real e irreal, por el otro. Para el estatuto del inconsciente en el psicoanálisis, en palabras de Williams, esto implica que “[u]nconscious fantasy is neither real nor unreal, except that it has a paramount reality in the life and construction of the subject” (Williams, 1995: 17).

Lo llamativo en la obra de Arlt es que, al modo de las muñecas rusas, las confesiones van conteniendo otras situaciones de confesiones. Es decir, hay una especie de puesta en abismo del dispositivo del decir y escuchar. El confesor escucha y “lee” a Erdosain, pero a su vez los diversos personajes que pueblan *Los siete locos* se convierten en quienes hablan y escuchan a otros, adoptando distintas posiciones dentro de estos modelos de productores y receptores de “verdades”³. Están, por ejemplo, las confesiones que hace Barsut a Erdosain. El texto subraya incluso el vínculo que el gesto excesivo de la figura de la confesión establece entre ambos personajes:

Y muchas veces imaginaba que Barsut lo recordaba a través de los días con el odio que se le toma a las personas a quienes se han hecho demasiadas confianzas. Pero no se podía dominar, porque apenas llegaba a la casa de Erdosain, volcaba en las orejas de éste cubos de desdichas, aunque sabía que Erdosain se regocijaba con ellas” (Arlt, 2007: 21).

El confesor –en este caso Erdosain–, de este modo, no solo se vuelve el depositario de las verdades de quien confiesa –Barsut–, sino también del odio que este último proyecta sobre él por conocer aquello que solo la confesión ha hecho emerger. Un día Barsut llega a golpear brutalmente a Erdosain; tras dejarlo inconsciente y sangrando, el agresor ayuda a su víctima a volver a incorporarse y a lavarse, explicando su exabrupto a partir de “un impulso”. Lo que requiere Barsut es continuar su confesión: “Es necesario que te cuente todo. ¿A quién sino a vos le podría contar todas estas cosas que hacen doler el corazón?” (Arlt, 2007: 56). Parte de este mismo capítulo es el momento en que Erdosain concibe la idea de matar a Barsut, de lo que el lector se entera por el confesor último que recibe el relato de Erdosain. Me parece decidora la manera en que el texto va articulando, en términos de su estructura narrativa, este punto climático de la novela:

Barsut ni remotamente se imaginó que en aquel instante, Remo acababa de condenarlo a muerte. Explicándome luego las circunstancias de esa concepción, Erdosain me decía [...] Yo, en aquel instante, supe que tenía que hacerlo matar a Barsut, y él, frente a mí, amontonando palabras inútiles no se imaginaba que yo, con la boca hinchada, la nariz dolorida, retenía una alegría estupenda, un deslumbramiento semejante al que se experimenta cuando lo que se ha descubierto es fatal como una ley matemática. Quizás existe

³ Las posiciones de quien se confiesa y quien opera de confesor no son estáticas en la obra de Arlt. Es decir, los diversos personajes van adoptando tanto el lugar de quien habla como de quien escucha, de alguien que se confiesa como de quien recibe la confesión. No están, de este modo, marcadas por una supuesta superioridad de uno sobre el otro, sino tan solo se evidencian como posiciones que se ocupan dentro de un entramado dialógico.

también una matemática del espíritu cuyas terribles leyes no son tan inviolables como las que rigen las combinaciones de los números y de las líneas (Arlt, 2007: 59).

En este recuerdo de Erdosain, que remite al momento de su concepción de asesinar a Barsut, el narrador de la novela incorpora una nota a pie de página que acota:

Nota del comentador: Este capítulo de las confesiones de Erdosain me hizo pensar más tarde si la idea del crimen a cometer no existiría en él en una forma subconsciente, lo que explicaría su pasividad frente a la agresión de Barsut (Arlt, 2007: 59).

La novela revela en este episodio su forma de estar concebida: a saber, a manera de escenas de confesiones continuas, que hacen aparecer verdades oblicuas, cuya emergencia a la superficie del relato solo se posibilita por las situaciones de habla y escucha. No hay prácticamente relato objetivado en la novela: esta está fraguada a partir de múltiples situaciones dialógicas, de las cuales la que pone en juego toda la narración es la confesión de Erdosain al autodenominado comentador. Cabe subrayar que este confesor se titula comentador, señalándolo desde el mismo nombre como intérprete y no mero reproductor o testigo objetivo. Esta confesión “macro”, a su vez da pie a varias otras situaciones confesionales, como la recién señalada escena de Barsut con Erdosain. Existe, por lo demás, una diferencia importante entre Erdosain, por un lado, y el Astrólogo y sus pares –el Buscador de oro y El mayor–, por el otro. Mientras que el proyecto del Astrólogo está enmarcado en la instauración de una nueva Sociedad, para la cual se requiere pensar una estructura económica, una forma de jerarquización de los poderes así como los valores que la sustentan –todos pasados por una recepción salvaje de Marx, Nietzsche y Freud–, los motivos de Erdosain son mucho más enrevesados y se resisten, una y otra vez, a ser subordinados a un sistema racional de explicación. Uno se podría preguntar, ¿por qué se conversa tanto en la novela de Arlt? Me parece que habría que intentar una respuesta no a partir de la confianza en el lenguaje como medio de comunicación eficaz, sino precisamente a partir de su constante fracaso. El lenguaje es el encubrimiento con el cual todos los personajes se envuelven. Están inmersos en él y no pueden deshacerse de él. Las conversaciones, muchas veces virulentas, parecen evidenciar la desesperación de esa condena al lenguaje, en un desolado gesto de desprendimiento, como si se pudiese atravesar la palabra⁴. Piglia ha destacado, en una entrevista recogida en *Crítica y ficción*, que el relato de Erdosain sería el “del intento de pasar al otro lado, zafarse de la opacidad turbia de la vida cotidiana” (Piglia, 2001: 24), es decir, una especie de paso al acto, una tentativa de salir de la insoportable condena al lenguaje que no hace sino patente que nunca sucede absolutamente nada.

⁴ Daniar Chávez Jiménez niega el estatuto de “conversación” a los diversos actos de habla puestos en juego por los personajes tanto en *Los siete locos* como en *Los lanzallamas*: “En el extenso diálogo arltiano no existe el conversar, el discutir, por lo menos no en la forma como el pensamiento griego heredó al pensamiento contemporáneo. La conversación arltiana no formula preguntas, emite o irradia exabruptos; asimismo nunca manifiesta u ostenta respuestas, porque en ningún momento parece buscarlas. Es un constante fluir en una perorata al vacío, en un diálogo/monólogo entre sordos o, mejor aún, en un diálogo/monólogo entre locos, como bien lo expresa el título a la primera de las obras que constituyen el díptico; este diálogo furioso, bestial, continúa distorsionándose con una progresión sorprendente durante la segunda parte, que bien pudo haber sido titulada *Los monstruos*, como inicialmente tenía estimado Arlt” (Chávez Jiménez, 2010: s/p).

EL ACONTECIMIENTO DEL NO ACONTECER EN *LOS LANZALLAMAS*

Dos años tras la publicación de *Los siete locos*, en 1931 aparece *Los lanzallamas*, continuación de la historia de Erdosain, el Astrólogo y sus secuaces. Curiosa situación inicial es la que da pie a esta segunda novela: el supuesto asesinato de Barsut que, no obstante, nunca haya efectivamente ocurrido, tortura a Erdosain, impulsándolo finalmente a convertirse en asesino y suicida. Es aquí donde se hace patente una de las observaciones de Ricardo Piglia sobre Roberto Arlt, y que dice relación con el poder de las ficciones. Frente a la pregunta de qué es lo que sería la ficción para Arlt, Piglia responde:

Sobre todo la posibilidad de hacer creer. [...] en Arlt, la ficción se transforma y se metamorfosea y a menudo se identifica con la estafa, con el fraude, con la falsificación, con la delación. Formas todas donde los relatos actúan, tienen poder, producen efectos” (Piglia, 2001: 24).

El poder performático del relato del asesinato de Barsut transforma a Erdosain en un paria social que termina viviendo su posición de forma cada vez más radical, lo que también podría denominarse locura. Si nos atenemos a Piglia, la comprensión de la locura en Arlt pasaría por una “ruptura de lo posible. Estar loco, en Arlt, es cruzar el límite, es escapar del infierno de la vida cotidiana. O mejor, habría que decir, la locura es la ilusión de salir de la miseria” (Piglia, 2001: 26)⁵.

La novela *Los Lanzallamas* se sostendría, así nuestra propuesta, sobre el constante suceder de un no-acontecimiento. La trama estaría articulada en torno a sucesos ya acontecidos, por suceder o presentes en tanto proyecciones imaginarias. El texto, de este modo, se desplegaría a partir de que el acontecimiento –entendido como un golpe de lo real que obliga a reordenar la visión de mundo y las narraciones en que esta emerge– consiste en que este siempre ya ha sucedido o está por suceder. Así, el sujeto viviría continuamente desplazado de la experiencia de aquello que verdaderamente marca su vida y se vería incapacitado de descifrar las claves de lo que rige su existencia. Las conversaciones y confesiones que articulan la trama se vuelven el espacio en que este no-acontecimiento y la desesperación por no poder asirlo se abren paso.

⁵ A esta mirada sobre la locura en Arlt, postulada por Piglia, quisiera agregarle la visión que despliega Josefina Ludmer en *El cuerpo del delito* sobre *Los siete locos* y *Los lanzallamas*, y que me parece relevante para mi propuesta de pensar el dispositivo psicoanalítico en el díptico arltiano. Ludmer lee una serie de locos y locuras en la literatura argentina en tanto cifra de un derrumbe del Estado liberal: “[...] la locura en la literatura argentina cuenta la historia de ciertos procesos políticos que acompañan el camino de la modernización hacia la democracia en ese ciclo (y después cuenta el camino hacia el primer golpe de estado, en 1929, con *Los siete locos*). Y lo cuenta porque en ‘los locos’ (en las series de cuentos de locos) se van representando todas las instituciones, porque la locura es definida en este ciclo como el revés o la negación de las instituciones del estado liberal, tanto en 1889 con *Irresponsable* de Antonio Podestá, como en la crisis del noventa con el loco de *La Bolsa* de Julián Martel, como en ‘Locos de verano’ de Gregorio Laferrère en 1905, como en la Locópolis de Soiza Reilly en 1914, como en *Los siete locos* en 1929” (Ludmer, 2011: 143) Me interesa esta cita, pues refuerza la idea que atraviesa este artículo, a saber, que las concepciones del sujeto que emergen en las primeras décadas del siglo XX en la literatura latinoamericana y que están marcadas por las teorías psicoanalíticas rompen con una tradición anclada en el siglo XIX, en la que las relaciones entre sujeto y comunidad son comprendidas sobre todo desde la continuidad y la posibilidad de armonía. Las nuevas subjetividades, como las que encarnan Erdosain y otras figuras de Arlt, implican de este modo también un cuestionamiento de las concepciones ilustradas que imaginaban a una ciudadanía racional en tanto base para un proceso modernizador exitoso.

Ilai Rowner, en su estudio sobre el evento literario, lo define a partir de un momento de crisis, que simultáneamente se articula como una puesta en suspensión de cualquier conjunto de valores de verdad, una crisis de la representación y del mismo lenguaje, involucrando al mismo tiempo al productor del trabajo como a su receptor. Más allá de pensar en las figuras reales de autor y lector, se tendría que reflexionar, a su vez, en todas las instancias narrativas implicadas en una novela como *Los lanzallamas*, que como ya se ha destacado para el caso de *Los siete locos*, es un texto construido a partir de contantes puestas en juego del habla y de la escucha en tanto momentos liminales y de crisis. Para Rowner, en la literatura se recalcaría el particular momento del exceso o la falta de sentido, donde deja de existir una experiencia asentada y cierta del mundo, ni tampoco prevalecen reglas claras para la creación. Es por ello, que la literatura es el espacio donde el acontecimiento se muestra en una paradójal situación, en la que se entretejen el no suceso y el suceso, y frente a los cuales la escritura literaria emerge en tanto el hacer mismo del evento:

A reverberating gong, an unaccountable something, an frightened unhappening, a state of suspense and affliction — each of these enigmatic experiences of the event requires an interrogation that transcends the close realms of history of literature, generic classification, or traditional poetics, and yet [...] the event`s dazzling reality and compelled amazement may constitute the energetic vitality of all stylistically great fictional works (Rowner, 2016: 26-27).

En el caso de Arlt, bien sabido es el posicionamiento extraño que se le ha atribuido en el canon de la literatura argentina. Piglia lo llama “un clásico sin legitimidad” (Piglia, 2001: 22), lugar que también está marcado por su particular estilo, que se escabulle a la “buena escritura”, a la corrección literaria. Este estilo –explosivo, bastardo, excesivo– me parece, entra en estrecho vínculo con esta idea del acontecimiento literario, planteada por Rowner. La obra se vuelve este incómodo espacio en el que el lector se enfrenta al traqueteo constante de un no-suceder. Para Rowner, el evento literario no puede ser reducido meramente a una ocurrencia extralingüística o a un incidente textual-narrativo, tampoco a la mimesis de la historia o a la poiesis de la trama. Es más bien una aventura hacia el no-suceso del suceder, hacia el no-lugar del lugar, un avance hacia un factor desconocido responsable por la irregularidad del suceder, y cuya respuesta requiere y demanda una creación lingüística singular.

En *Los lanzallamas*, esta aventura del no-acontecer se relaciona muy estrechamente con lo planteado más arriba en el análisis propuesto para *Los siete locos*. Es decir, el suceder de la trama está desplazado hacia las conversaciones que, a su vez, se convierten en exploraciones del atribulado mundo interior de los personajes. Sobre las desventuras de Erdosain, nos comenta el texto:

Vive simultáneamente dos existencias: una espectral, que se ha detenido a mirar con tristeza a un hombre aplastado por la desgracia, y después otra, la de sí mismo, en la que se siente explorador subterráneo, una especie de buzo, que con las manos extendidas va palpando temblorosamente la horrible profundidad en la que se encuentra sumergido (Arlt, 2008: 27).

Oscar Masotta, en su inaugural texto sobre Roberto Arlt, enfrenta la pregunta acerca de una lectura política de las obras de Arlt, interrogante que, entre otros, ha retomado Sylvia Saítta. Coinciden Masotta y Saítta en la dificultad de vehicular una lectura política tradicional de Arlt, en el sentido de ver en su obra un despliegue de la lucha de clases o un llamado a una revolución proletaria que siga los postulados marxistas. Saítta, en una entrevista que se le hiciera acerca de la obra de Arlt, y refiriéndose específicamente a *Los siete locos* y *Los lanzallamas*, sostiene que no habría lucha de clases en estas novelas, “[...] porque leer a Arlt desde un aparato ideológico es muy difícil. En los personajes de Arlt no hay ‘conciencia de clase’, casi no hay proletariado, hay lúmpenes” (Saítta, 2005: s/p). Más adelante y retomando a su vez ciertas propuestas de David Viñas acerca de la valoración positiva que se hiciera en *Los lanzallamas* de los anarquistas, agrega: “No quiero decir con esto que Arlt sea anarquista, sino que en su literatura la salida es siempre violenta” (Saítta, 2005: s/p). Esta violencia, que no se articula en un proyecto, que no está destinada a un cambio social organizado y que se expresa en términos (auto)destructivos, es la que se instala en tanto no acontecimiento, una especie de imposibilidad de manifestación de lo real.

Slavoj Žižek, en uno de sus últimos ensayos, titulado *Acontecimiento*, plantea que el acontecimiento simbólico se situaría en tanto hecho que al ocurrir “reestructura el campo entero” (Žižek, 2016: 123) y reflexiona:

Ésta es, quizá, la definición más sucinta de lo que es un auténtico acto: en nuestra actividad cotidiana, efectivamente, sólo seguimos las coordenadas (virtual-fantasmáticas) de nuestra identidad, mientras que un acto estricto es la paradoja de un movimiento real que (retroactivamente) cambia las mismas coordenadas virtuales “trascendentales” del ser de su agente –o, en términos freudianos, que no sólo cambia la realidad de nuestro mundo, sino que también “mueve los infiernos” (Žižek, 2016: 126).

En este sentido, el acontecimiento tiene un efecto retroactivo radical, pues transforma el panorama de los hechos de manera irremediable, imposibilitando imaginar un antes intocado por el acontecimiento. El acontecimiento se vuelve necesario; se impone con su fuerza de tal forma que lo que le antecede se difumina.

Volviendo a la idea de *Los lanzallamas* entendido como la tragedia del no-acontecimiento, lo que quisiera acentuar en esta perspectiva es que el anhelo de Erdosain es que suceda “algo” que tenga tal fuerza impositiva que cambie radicalmente el curso de las cosas. No en un sentido articulado, no como proyecto político, sino más bien entendido desde el escenario desesperado del sujeto atrapado en las trampas de un orden simbólico del que nunca puede escapar. Los intentos, siempre violentos, de Erdosain de producir una transformación –cuya culminación es el crimen, primero imaginado, luego cometido- atentan contra el orden, cualquiera que esta sea, para que todo parta desde cero.

ACERCA DE LA ESCENA

Me interesa reflexionar en relación a estas aproximaciones a Roberto Arlt –que buscan acentuar las vinculaciones entre las ideas psicoanalíticas y el campo literario, y una concepción donde la visión predominante sobre la cultura se conjuga con el malestar– sobre el rendimiento teórico de la noción de la “escena”: la escena de confesión; la escena psicoanalítica. Para ello, retomo las palabras del filósofo chileno Patricio Marchant, uno de los pioneros en articular su proyecto filosófico en clave psicoanalítica: “la verdad de una escena, es decir, al mismo tiempo, clausura de la noción de una verdad trascendental” (Marchant, 2012: 66). Marchant pone el acento en la tradición metafísica de la filosofía, comprometida con la búsqueda de aspectos invariables del sujeto y su relación con el mundo, como el “ser”, la “verdad”, “la trascendencia”, mirada que expulsaría de sus posibilidades de representación aspectos ligados a la particularidad, la contingencia, la unicidad. La escena precisamente sería la que vehiculiza su visibilización, haciendo evidente la “propiedad” o lo que Marchant llama, orientándose en las teorías psicoanalíticas, el “nombre propio”. Una escena emerge a partir de la suma particular de una serie de elementos: al cambiar la combinatoria, la escena se transforma. Observar una escena implica hacerse cargo de sus particularidades y propiedades, atendiendo a sus detalles. Mirar una escena es abrirse a sus pormenores y ser capaz de invertir las jerarquías entre los elementos que la componen. En este sentido, la operación psicoanalítica puede ser comprendida desde la “escena”, dado que busca lo fundamental en aquello que se pretende superfluo, casual o fútil. Aquello que se pensaba un detalle dispensable, puede ofrecerse en tanto clave de desciframiento. Cecilia Sánchez, otra filósofa chilena que se ha movido entre los cruces disciplinares, acentúa la importancia de lo teatral en lo escénico: “lo escénico configura sus propio topos sobre la base de un cruzamiento de relaciones, fuerzas y necesidades cuyo efecto es patético” (Sánchez, 2005: 14). El pathos referido, elemento central del teatro, produce la afectación del observador, su implicancia física que no se deja subyugar a las comprensiones de un yo consciente:

La escena es análoga a un tejido o velo enmarañado que se da a leer de modo condensado y fantasmal. El discurrir de la escena no se refiere a contenidos quiditativos expresados por un yo consciente. Por el contrario, hay códigos que la invaden y la obligan a escindirse, en ese instante se presenta especularizada, habitada por cuerpos y rostros espectrales (Sánchez, 2005: 13).

Cecilia Sánchez está interesada en pensar la escena escritural –la escritura como escena– que debe, entonces, abrirse a “intercepciones”. Se trataría de un ejercicio escritural que abandona la linealidad, causalidad, secuencialidad, renunciando al permanente dominio de la razón en las prácticas de lectura y escritura. El gesto de la escena invita a la desmesura, al derroche, a algo que no se encuentra canalizado previamente y que, por lo tanto, no es calculable: esto es lo que tendrían en común escena psicoanalítica y escena teatral, y es lo que en las obras de Arlt analizadas es emulado literariamente. En la escena aparece una “verdad” que no puede ser explicada a partir de la verificabilidad o el cálculo. Sánchez propone:

La escena teatral es, así, un lugar que hace posible –para quien se encuentre en ella– un modo de aparición escénica. Aquella aparición supone una mirada dispuesta o en disposición de mirar (Sánchez, 20015: 17-18).

La emergencia de esa verdad aparecida en la escena es dependiente de la mirada, en el teatro, y de la escucha, en el psicoanálisis, pero, a su vez, en ambos escenarios se advierte una contingencia particular. Es por ello, que Marchant le niega a la gran tradición filosófica la capacidad de comprender y representar la escena. La “verdad” que se vuelve visible en la escena no tiene carácter universal; es, apenas, una realidad que se devela con tal fuerza que se impone a partir de la imposibilidad de obviarla. Marchant insiste en la posición privilegiada que puede ocupar la literatura en hacer emerger este tipo de verdad ligada al sujeto. Esa verdad, atravesada por la violencia de lo real, no puede ser percibida en forma directa, ni tampoco puede ser reproducida descriptivamente:

El suplemento de artificios de la escritura es la posibilidad que hace que la realidad pueda ser real... La literatura –y la literatura está aquí por todas las otras artes– dice la realidad. Por ello, la literatura es cuestión de realidad, de verdad, de moral, y... de muerte (Marchant, 2012: 245)⁶.

Es la literatura, cuando renuncia a la fijación de una verdad generalizable, la que para Marchant tiene potencialidades de crear una escena.

La obra literaria se muestra como espacio privilegiado para poder representar y significar este tipo de escena, que no podría ser relatada de manera directa ni naturalizada. La mediación del texto literario con sus posibilidades estratégicas de complejizar las múltiples intervenciones presentes en el vínculo del sujeto con el lenguaje, con la razón, consigo mismo y con su alrededor son centrales en la construcción del texto. Este está urdido en torno a la escena psicoanalítica que solo encuentra su forma de expresarse dentro del marco posibilitado por la literatura. En este sentido, me parece que el dispositivo se vuelve fructífero para leer *Los siete locos* y *Los lanzallamas*, pues permite evidenciar una relación problemática con una cultura y tradición literaria, haciendo articulables realidades sentidas como indecibles.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Si volvemos a considerar los planteamientos iniciales, este texto parte de la convicción de que la emergencia de las teorías psicoanalíticas significó una verdadera revolución en las miradas sobre el sujeto, su relación consigo mismo, con los otros, con el lenguaje, la sexualidad y el deseo. En este sentido, se entiende el psicoanálisis en tanto artefacto cultural complejo, que permea múltiples prácticas discursivas y comprensiones del sujeto, mucho más allá de los círculos de especialistas, médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y sus pacientes, formando parte de lo que ha sido llamado el mundo de lo “psi”. Las escenas psicoanalíticas en la obra de Roberto Arlt se inscriben dentro de este contexto de las transformaciones de concepciones del sujeto movilizadas por la

⁶ Los puntos suspendidos pertenecen al original.

irrupción del psicoanálisis. El sujeto que podemos rastrear en las obras *Los siete locos* y *Los lanzallamas*, es un sujeto psicoanalítico, en el sentido trazado: un sujeto que no puede ser pensado sin las categorías elaboradas por las teorías psicoanalíticas. Un sujeto que padece de fuerzas que se escapan a explicaciones racionales, es preso de deseos que no puede entender ni expresar, mantiene relaciones (auto)destructivas, está atrapado en historias pasadas que se manifiestan sintomáticamente en el presente. Un sujeto que se conforma desde el deseo, el trauma, la represión: un sujeto sin lugar a dudas atravesado y trizado por el inconsciente. El sujeto ya no aparece configurado a partir de la supremacía y confianza en la racionalidad moderna, en tanto garante de bienestar y progreso, sino como cúmulo de fuerzas y pulsiones contradictorias e incontrolables. Es un sujeto movido por su inconsciente, por deseos que no comprende ni puede expresar, por recuerdos traumáticos reprimidos y pulsiones autodestructivas.

A partir de la circulación múltiple de las teorías psicoanalíticas, muchas prácticas discursivas se ven afectadas por estas concepciones transformadas del sujeto, incluyendo el espacio literario. La literatura se comprenderá como un lugar privilegiado para representar y significar esta relación problemática con la razón moderna, complejizando el vínculo del sujeto con el lenguaje, consigo mismo y con los otros. A partir de escenas psicoanalíticas, marcadas por la presencia de una situación de confesión desde la cual aparece una verdad oculta, que solo se logra articular en un dialogismo entre dos figuras –analizado y analista–, la obra literaria se abre a la representación de este sujeto complejo.

Las escenas de confesión en Roberto Arlt se convierten de este modo, desde su particularidad, en una cifra de un campo –el literario– que se ve removido por transformaciones de importante impacto. Los sujetos que deambulan por las obras de Arlt aparecen en tanto efectos de múltiples contradicciones y tensiones, siendo el lenguaje un medio equívoco y siempre engañoso para dar cuenta de sí. Las verdades que se vislumbran en las conversaciones son inestables y son sometidas, una y otra vez, a nuevas disquisiciones. Las escenas de confesión, que han servido de marco para guiar la lectura propuesta, darían cuenta de un mundo amenazado, donde las seguridades que antaño solían guiar una vida –basadas en nociones, tales como una verdad a instaurar, una salud a preservar, una autenticidad a alcanzar, una normalidad que establecer y un bienestar que perseguir– se ven vulneradas. Dicho en palabras de Oscar Masotta:

La obra de Arlt, entonces, es el estertor de una época donde lo que se sabe de la vida se mezcla con la vida, donde el conocimiento no se separa de la existencia, donde la confusión y el equívoco comienzan a tener un valor de verdad (Masotta, 2008: 29).

Lo que Masotta en su pionero estudio sobre Arlt dictamina acerca de su obra puede ser puesto en relación con lo que podríamos llamar la época psicoanalítica. *Los siete locos* y *Los lanzallamas* dan cuenta de la importancia de las teorías psicoanalíticas para toda la cultura del siglo XX, que es “en muchos sentidos el siglo del Psicoanálisis” (Plotkin en Ruperthuz, 2015: 20).

BIBLIOGRAFÍA

ARLT, Roberto (2007). *Los siete locos*. Gualeguaychú: Tolemia.

- ARLT, Roberto (2008). *Los lanzallamas*. Gualeguaychú: Tolemia.
- CHÁVEZ JIMÉNEZ, Daniar. “El equilibrio del diálogo: *Los siete locos* y *Los lanzallamas* de Roberto Arlt”. *Latinoamérica. Revista de estudios latinoamericanos* 50 (2010).
- FREUD, Sigmund (2012). *El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura, y otras obras (1927-1931)*. Buenos Aires / Madrid: Amorrortu Editores.
- LUDMER, Josefina (2011). *El cuerpo del delito: un manual*. Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora.
- MARCHANT, Patricio (2012). *Sobre árboles y madres*. Buenos Aires: La Cebra.
- MASOTTA, Oscar (2008). *Sexo y traición en Roberto Arlt*. Buenos Aires: Eterna Cadencia Editora.
- PIGLIA, Ricardo (2001). *Crítica y ficción*. Barcelona: Anagrama.
- PLOTKIN, Mariano Ben (2003). *Freud en las pampas*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- ROWNER, Ilai (2015). *The Event, Literature and Theory*. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
- RUPERTHUZ, Mariano (2015). *Freud y los chilenos. Un viaje transnacional (1910-1949)*. Santiago de Chile: Pólvora Editorial.
- SAÍTTA, Sylvia. “Roberto Arlt: la conspiración de la literatura”. *Revista Ñ* (2005)
- SÁNCHEZ, Cecilia (2005). *Escenas del cuerpo escindido: ensayos cruzados de filosofía, literatura y arte*. Santiago de Chile: Editorial Cuarto propio.
- VEZZETTI, Hugo (1996). *Freud en Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- WILLIAMS, Linda Ruth (1995). *Critical Desire. Psychoanalysis and the Literary Subject*. London: Edward Arnold.
- ŽIŽEK, Slavoj (2016). *Acontecimiento*. Madrid: Sexto Piso.



GUARDAR EL SECRETO.

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SALUD MENTAL

Keeping the Secret. Childhood Sexual Abuse and Mental Health

JAVIER ERRO PÉREZ

javiererro.psicologia@gmail.com

Psicólogo y coordinador del colectivo GAM Valencia. Autor de “Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis” (Biblioteca Social Hermanos Quero, 2016). Interesado en los activismos en salud mental y en la psicología desde una perspectiva crítica.

RECIBIDO: 26 DE JULIO DE 2017

Resumen: En este artículo se revisará la epidemiología del abuso sexual infantil, así como el impacto que tiene sobre la salud mental de la persona. Se analizarán mecanismos de invisibilización que permiten que, pese a que se dé en grandes porcentajes de la población y a que haya sido relacionado con problemas de salud mental, continúe sin producirse una respuesta proporcional a nivel social. Por último, se propondrán una serie de pautas acerca del papel que pueden jugar los profesionales de la salud mental en este campo.

PALABRAS CLAVE: Abuso sexual infantil, salud mental, trauma, revisión crítica.

ACEPTADO: 8 DE NOVIEMBRE DE 2017

Abstract: In this article, the epidemiology of childhood sexual abuse and its impact on the mental health will be reviewed. Invisibilization mechanisms, which allow society for not giving a proportional response despite that child sexual abuse is happening in a big percentage of population and that it has been related to mental health problems, will be reviewed. Finally, reflections about mental health professionals role in this field will be discussed.

KEYWORDS: Childhood sexual abuse, mental health, trauma, critical review.

Erro Pérez, Javier.

“Guardar el secreto. Abuso sexual infantil y salud mental”

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 379-393.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10565 ISSN: 2340-1869

INTRODUCCIÓN

Judith L. Herman, en su libro *Trauma and Recovery* (1992), repasa diferentes momentos clave en la historia de la investigación sobre el trauma. El primer momento que describe es el del estudio sobre la histeria, en el cual estuvieron involucrados una serie de investigadores. Uno de estos investigadores fue Sigmund Freud y de esta época surge el libro *Estudios sobre la histeria*, una recopilación de casos de pacientes tanto de Freud como de su colega Breuer. La teoría que propusieron estos investigadores fue la de que la histeria tenía sus orígenes en experiencias traumáticas durante la infancia, especialmente abusos sexuales. La “charla curativa”, también conocida como método catártico, los inicios primitivos de la psicoterapia como la entendemos hoy en día, no era sino el relatar y reconstruir junto a la persona histérica los abusos sufridos. De este modo, los síntomas se mitigaban.

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto (Freud y Breuer, 1993: 43).

Pero Freud y Breuer no consiguieron reconocimiento y prestigio por esta teoría, al contrario. A pesar de que los escritores avisaban en el prólogo: “*hemos tenido que excluir de esta publicación las observaciones más crudamente sexuales*” (39), su teoría suponía asumir que los abusos sexuales a menores, concretamente a niñas, no eran la excepción sino la norma. Si esto era cierto, era necesario replantearse una buena parte de la estructura social, por lo que se acabó imponiendo la opinión de que no lo era. Dejado de lado y abandonado por sus colegas de profesión, Freud dio una nueva vuelta a su teoría pocos meses después de publicar el libro, pasando a formular que las mujeres con histeria no solo no habían sufrido abusos sexuales, sino que cuando eran pequeñas fantaseaban con ser abusadas y la represión de dicho deseo era responsable de los síntomas histéricos en la adultez. Se piensa que una gran influencia en esta nueva perspectiva vino de Wilhelm Fliess, íntimo amigo suyo y otorrinolaringólogo controvertido por sus extravagantes teorías. Por las fechas en que Freud dudaba de la evidencia de que muchos niños y niñas estaban siendo abusadas, abusaba sexualmente de su propio hijo, Robert Fliess, futuro psicoanalista (Miller, 1991: 56).

En este trabajo se hablará, concretamente, del abuso sexual infantil y la problemática en salud mental. Como veremos, tienen una relación tan sólida y comprobada como ignorada. La investigación en este campo no se ha utilizado para mejorar la efectividad de los profesionales de la salud mental, ni tampoco para abordar el problema socialmente. Esto ha llevado a que se encuentren mitos muy extendidos, que van desde minimizar o exagerar las consecuencias, a justificar al perpetrador, pasando por asumir que los niños y niñas consienten tener relaciones sexuales, o que es más traumático para las niñas que para los niños (Cromer y Goldsmith, 2010). La historia de Freud parece anecdótica, pero no lo es. La investigación sobre el trauma sufre el mismo destino que el de los propios traumas: invisibilización y olvido, está presente y ausente al mismo tiempo. La sociedad no

quiere, ni puede, admitir que está amparando prácticas traumáticas en sus propias estructuras, por lo que los mecanismos de defensa los establecerá, no contra el abuso, sino contra la evidencia de que sucede y sus consecuencias. Se revisarán algunos de los mecanismos de invisibilización que permiten seguir guardando el secreto.

EXTENSIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La conclusión a la que llegaron en primera instancia Freud y Breuer, y que decidieron obviar más adelante, podría seguir siendo válida con algunos matices en la actualidad. Sin embargo, todas las cifras que mencionaremos a continuación deben ser tomadas con precaución. No existe un consenso respecto a qué es, y qué no es, abuso sexual infantil. Es muy complicado obtener datos fiables sobre ello, ya que los testimonios suelen ser inconsistentes (Langeland et al, 2015), existe miedo al rechazo del entorno cercano y a represalias por parte del agresor (Pereda, 2016). Además, en alguno de los estudios revisados para este apartado se señala que las cifras no muestran la gran cantidad de falsos negativos, mientras que otros solo contabilizan abuso sexual con penetración o sexo oral. Resulta muy difícil encontrar estudios sin ninguna de estas dificultades.

ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL MUNDO

En un metaanálisis con estudios de varios países, se encontró que el 19,7% de las mujeres habían sido abusadas sexualmente durante la infancia, frente a un 7,9% de hombres. Sin embargo, los propios autores plantean que la extrema heterogeneidad de los países y de las muestras deben llevarnos a tomar estos resultados con cautela. Así, explican que las cifras de los países donde existe mayor porcentaje de abuso sexual infantil (como Marruecos o Sudáfrica) pueden deberse a que hayan, efectivamente, más abusos sexuales a menores, pero también a que se acepte mucho más el contar este tipo de experiencias sin sentir incomodidad. Por su parte, los países europeos son los que menos porcentaje presentan, y puede explicarse porque se dé en menores proporciones o porque se refleje en los datos el miedo de la víctima al rechazo (Pereda et al, 2009). Otro metaanálisis, en el que los 331 estudios analizados sumaba una muestra de casi diez millones de personas, se encontró que 180 de cada 1000 mujeres habían sufrido abuso sexual infantil, frente a 76 de cada 1000 hombres. Es decir, el 18% y el 7,6%, respectivamente. Es una constante que las mujeres relaten haber sido abusadas sexualmente en la infancia en mayores proporciones que los hombres (Stoltenborgh et al, 2011).

ABUSO SEXUAL INFANTIL EN ESPAÑA

En un estudio realizado en España, con una muestra formada por 1.105 estudiantes de diversos centros educativos, se observó que el 8,8% había sufrido algún tipo de abuso sexual, la mayor parte de las cuales eran mujeres. No hubieron diferencias respecto a etnia o nivel socioeconómico de las familias. También es importante tener en cuenta que existían abusos sexuales

por parte de otros menores de edad (parejas, compañeros de clase, hermanos, etc.) (Pereda, 2009). Otro estudio evaluó abuso sexual infantil en una muestra de estudiantes de la Universidad de Granada: 87 de las 993 mujeres y 7 de los 169 hombres afirmaban haber sido víctimas (Cantón y Justicia, 2008). Otra muestra universitaria, esta vez de Barcelona, observó que el 15,5% de las personas de sexo masculino y el 19% de las personas de sexo femenino habían sido abusadas sexualmente en la infancia (Pereda y Forn, 2007).

Como se puede observar, estos datos son difíciles de interpretar. Sin embargo, lo importante no es saber la cifra exacta, sino aproximarse a la magnitud del problema. Por otro lado, hay que tener en cuenta que algunos colectivos están especialmente desprotegidos. A modo de ejemplo, los menores con diversidad funcional sufren mayor porcentaje de abuso sexual, concretamente tienen 2,88 veces más probabilidades de ser abusados sexualmente y 3,56 de ser maltratados (Jones et al, 2012). A pesar de ello, se suelen excluir de los estudios (Collishaw et al, 2007). También los menores migrantes son más vulnerables al abuso sexual, principalmente durante el trayecto de un país a otro (McLeigh, 2013).

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las consecuencias, a nivel psicológico, del abuso sexual infantil pueden ser desde muy severas a prácticamente inexistentes. Un metaanálisis, con una muestra total de 2017 personas diagnosticadas de psicosis o esquizofrenia, encontró que el 26% relataba abuso sexual infantil, el 39% maltrato infantil y el 34% abuso emocional infantil (Bonoldi et al, 2013). En otro estudio se observó que las personas con el mismo diagnóstico tienen 2,72 veces más probabilidades de haber sufrido adversidad infantil. Es importante resaltar que la adversidad infantil refiere una amplia gama de situaciones desfavorables, tales como abuso sexual, maltrato físico, muerte del padre o madre, divorcio, abandono, maltrato emocional, etc. (Varese et al, 2012).

También se ha observado que las personas que han sufrido abuso sexual infantil tienen 3,73 veces más probabilidades de hospitalización psiquiátrica y, si han sido revictimizadas, la cifra asciende a 7,54 veces (Kee-Lee, 2012). Otro estudio analizó una muestra de 3.407 personas diagnosticadas de trastorno bipolar: el 24% habían sufrido abusos sexuales en la infancia, una cifra que el propio autor del estudio señala que seguramente esté regulada a la baja (Maniglio, 2013).

En otro estudio se observó que de las mujeres de la muestra con depresión, el 39% manifestaban haber sido abusadas sexualmente en la infancia, mientras que en los hombres con depresión lo manifestaban en un 30%. Similares cifras se pudieron encontrar para Trastorno de Estrés Postraumático (Molnar et al, 2001).

Respecto a la maternidad, las madres supervivientes a abusos sexuales durante la infancia relatan dificultades para, entre otras cosas: establecer los roles de cuidadora-cuidado (en ocasiones invirtiéndolos), dificultades para no sobreproteger ni desatender a sus hijos, dificultades a la hora de establecer qué son unos límites excesivos o una carencia de los mismos y dificultades para manejar el enfado. Además se ha observado que los hijos e hijas de mujeres abusadas sexualmente en la infancia

tienen más probabilidades de ser abusadas sexualmente (O'Dougherty, 2012).

No se ha encontrado investigación reseñable sobre hombres abusados sexualmente en la infancia y paternidad. Este sesgo de género de la investigación se puede atribuir a una percepción desigual de la parentalidad, a la histórica percepción de la mujer como objeto de estudio, a la consideración del hombre como menos influenciado por las adversidades, o a la suma de todas ellas. Además, este vacío dejado por el sesgo de género puede estar ralentizando actuaciones efectivas frente al abuso sexual infantil, ya que, pese a que un pequeño porcentaje de los abusos son realizados por mujeres (Tsopeles et al, 2012), la gran mayoría son realizados por parte de personas de sexo masculino, especialmente padres biológicos o padrastros (Zagrodney y Cummings, 2016).

Respecto a las relaciones sexuales en la edad adulta, algunas de las consecuencias más destacadas son que las personas victimizadas empiezan a mantener relaciones sexuales consensuadas antes, tienden a tener sexo con mayor cantidad de personas, tienen mayores tasas de embarazos no deseados y utilizan menos métodos anticonceptivos y de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Además, tienen más probabilidades de volver a ser abusadas sexualmente, tanto en la adolescencia como en la edad adulta. Todas estas consecuencias sobre la sexualidad se daban en mayor proporción en mujeres que en hombres (Lalor y McElvaney, 2010).

Es importante matizar que un porcentaje de las personas abusadas sexualmente en la infancia no sufren estas consecuencias. En un estudio, de 500 adolescentes, el 10% habían sufrido abuso sexual infantil, de los cuales el 44,5% no sufrió consecuencias a nivel de salud mental. Un entorno familiar y social seguro, con el que el niño o niña se sintiese conectado, prevenían su aparición (Collishaw et al, 2007).

Esta es solamente una breve revisión de la investigación. Hay que tener en cuenta que no todos los abusos sexuales son iguales, y existen diferentes tipos de prácticas que pueden llevar a diferentes consecuencias. Por ejemplo, cuando un grupo de adultos se organiza para abusar sexualmente de menores, las consecuencias tienden a ser más severas (Salter y Richters, 2012). Por otra parte, la investigación estudia las consecuencias revisadas aquí por categorías diagnósticas, sin embargo, no se debe olvidar que estas clasificaciones no hacen sino esconder las consecuencias que quedan fuera de los diagnósticos.

MECANISMOS DE INVISIBILIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las elevadas cifras mostradas contrastan con la poca atención que recibe este problema, no solo en los medios sino también por parte de las instituciones sanitarias globales y locales. Los datos expuestos son públicos, pero el hecho de que sean accesibles no ha llevado a una visibilidad ni a una indignación acordes. Ganar visibilidad ha sido un objetivo constante de muchos movimientos sociales, desde las manifestaciones contra la violencia machista en España (Ferrer y Bosch, 2007), donde se leen los nombres de mujeres asesinadas, a los funerales públicos de personas muertas por SIDA realizados por ACT UP en Nueva York (Hubbard y Schulman, 2012). En ambos casos, se trata de mostrar cómo los muertos y las muertas eran personas reales y no meras cifras. Asesinatos y no

fallecimientos. Pero el punto en el que pasaron de lo invisible a lo visible fue cuando pasaron de lo individual a lo colectivo, de lo privado a lo público. Una vez que esta barrera se traspasa, el problema puede ser abordado de forma más compleja.

Si estas informaciones fueran masivamente conocidas, se deberían repensar muchos esquemas sobre los que se asientan nuestras estructuras sociales. Supondría repensar la familia como única estructura saludable para el crecimiento, el espacio privado como lugar más seguro que el espacio público, la edad adulta como moderación o las escuelas como institución segura. Esto lleva a plantearse cuáles son los mecanismos sociales de invisibilización que permiten que el abuso sexual infantil solamente tenga consecuencias a nivel individual, como las que hemos observado anteriormente. A continuación, se mencionan solo algunos ejemplos. No aspiramos a realizar, aquí, una exposición exhaustiva.

LAS DIFICULTADES DE RELATAR

Una de las principales características del trauma es que debe ser contado, sacado a la luz, pero al mismo tiempo no puede contarse debido a que se piensa que no va a ser acogido con comprensión. Este silencio obligatorio, en ocasiones provocado por las amenazas del agresor, entra en contradicción con la necesidad de relatar lo sucedido, sea para proteger a otras posibles víctimas, para arreglar cuentas o para sentirse emocionalmente más protegido. El proceso que la persona tiene que pasar para poder contar un evento traumático es más doloroso de lo que se tiende a creer, supone relatarlo muchas veces, luchar contra los síntomas que pueden emerger, lidiar con un amplio rango de emociones complicadas y una larga lista de dificultades adicionales (Herman, 1992).

Además de estas dificultades, existen numerosas barreras a la hora de revelar que se ha sufrido abusos sexuales en la infancia. A través de entrevistas con 67 personas victimizadas, un estudio dividió estas barreras en tres bloques: 1) barreras internas (auto culpabilización, mecanismos de protección e inmadurez en el momento en que ocurrió el abuso), 2) barreras en relación a otros (violencia familiar, dinámicas de poder, percepción del impacto que supondría contarle y red social frágil) y 3) barreras en relación a la sociedad (etiquetamiento, tabúes sexuales, falta de disponibilidad de servicios, cultura y época histórica) (Collin-Vézina, 2015).

Por tanto, estas dificultades propias de relatar, muchas de ellas relacionadas con el miedo y con la falta de un entorno comprensivo, estarán manteniendo en secreto muchos de los traumas acontecidos. Sería interesante reflexionar hasta qué punto estas dificultades son individuales, o son impuestas por la sociedad, ya que las medidas a tomar serían muy diferentes.

MEMORIA INDIVIDUAL Y MEMORIA COLECTIVA

El relato se encuentra más o menos consciente, se conoce más o menos sobre lo que ocurrió (una característica habitual es que son difíciles de recordar con claridad) y hay mayor o menor implicación emocional al relatarlo. La memoria del trauma siempre es dolorosa, controvertida y

habitualmente puesta en duda. De esta memoria individual, frágil *per se*, poco o nada llega a la memoria colectiva. Más aún, en muchas ocasiones el trauma se procesa y rememora en soledad. Este mecanismo de invisibilización de lo traumático cumple la función de proteger a la sociedad de una verdad dolorosa. Estos círculos de silencio suceden con todo tipo de traumas, como los de las guerras, el acoso escolar, el maltrato infantil o la violencia machista. Esta desmemoria colectiva evita que se realice un aprendizaje. Inevitablemente, aquello que la sociedad no se permite recordar volverá de nuevo, al considerar curada una herida que no lo está. En el caso del abuso sexual infantil estamos hablando de miles de heridas olvidadas y que se vuelven a repetir generación tras generación puesto que no se tienen en cuenta (Valverde, 2014).

Un ejemplo de cómo se realiza este trasvase de la memoria individual a la memoria colectiva lo podemos encontrar en *Trauma and Recovery* (Herman, 1992), donde la autora relata cómo psicólogas feministas de Estados Unidos, en los años 70, empezaron a permitir que emergiesen estos relatos de mujeres que habían sufrido violencia sexual, y apoyaron las consecuentes denuncias y movilizaciones. Esto permitió crear una infraestructura que funcionaría como referente para la próxima generación, que ya sabría la existencia de esta problemática. El feminismo permitió que esto fuese posible, y permite que hoy en día siga siéndolo. Cabe preguntarse: ¿Cómo sería este trasvase de la memoria individual a la memoria colectiva en otro tipo de traumas? ¿Qué consecuencias tendrían?

UNA EXPLICACIÓN INSUFICIENTE

Existe la creencia de que las personas que han sido abusadas sexualmente de pequeñas, abusarán sexualmente cuando sean adultas. Especialmente los hombres. Los datos, en realidad, señalan que esto explica un porcentaje del abuso infantil, pero no todo (Forsman, 2012). Un estudio observó que el 37% de la muestra, compuesta por sujetos que habían cometido abuso sexual infantil, habían sido abusados sexualmente de niños (Webb, Craissati y Keen, 2007). Otro estudio señaló que un 45% de su muestra relataba abusos sexuales en la infancia, aunque no diferenciaba entre abusadores sexuales a menores y violadores (Smallbone, 2003). Pese a tratarse de un razonamiento muy extendido, no ha habido apenas investigación. Es muy difícil encontrar datos al respecto, y todavía más estudios específicos.

En definitiva, pese a que hace falta más investigación para poder confirmarlo, la creencia de que el abuso sufrido se repetirá explica un porcentaje de los abusos sexuales infantiles, pero deja entre interrogantes una gran parte de los mismos. Parece que este porcentaje restante se podría comprender si se incluyesen otros factores, ampliando la perspectiva. La fe en que esta creencia de la repetición del abuso es una explicación a la totalidad del problema estará actuando como un mecanismo de invisibilización, al prevenir modelos más completos y complejos. También es una manera de aislar un círculo vicioso en el que la mayor parte de personas no se sienten involucradas, dificultando, así, que deje de considerarse como la perversión de unos pocos hombres traumatizados y pase a considerarse un problema social.

REFERENTES CULTURALES, CUERPOS VIOLADOS

Roman Polanski mantuvo relaciones sexuales con una adolescente. Poco después grabó su celebre película *Tess*, protagonizada por Natassja Kinski, que fue abusada sexualmente de pequeña por su padre Klauss Kinski, conocido actor de cine. Esta película representa a una adolescente forzada a mantener relaciones sexuales con un hombre poderoso. El cuerpo de Natassja Kinski fue mitificado sexualmente y a los 15 años realizaba su primer desnudo en la gran pantalla, seguido de muchos otros. Años después señalaría que fue manipulada y que no era consciente de lo que hacía.

Woody Allen, acusado de abusar sexualmente a su hija mediante una carta publicada por ella misma en el New York Times, fue arrojado por el mundo de la cultura y finalmente no sufrió consecuencias. Sin embargo, se separó de su mujer Mia Farrow para casarse con su hija adoptiva de 20 años. Mia Farrow descubrió fotos de cuando su hija adoptiva era menor, desnuda. Pocas personas dudaron de Woody Allen sin más criterio que la simpatía de sus películas, prácticamente todo el mundo dudó del testimonio de su hija.

La cantante Madonna fue amenazada con una navaja y violada cuando tenía 18 años. Tim Roth fue abusado sexualmente por su abuelo, el cual también violaba a su padre cuando era pequeño. Dirigió la película *The War Zone* cuyo argumento versa sobre abusos sexuales. Pamela Anderson fue abusada sexualmente por su niñera a los 6 años y más adelante, con 12 años, por un hombre de 25 años. La hermana de Britney Spears declaró que ella y su hermana habían sido violadas de niñas por un miembro cercano de la familia. El guitarrista Carlos Santana fue violado numerosas veces entre los 12 y los 14 años. El cantante de Guns n' Roses, Axl Rose, fue violado por su padre a los 2 años y su padrastro le pegaba. La cantante Alanis Morissette fue violada en la adolescencia. Actrices porno como Shelley Llubén, Jenna Jameson o Tracy Lords, también relatan abusos sexuales a cortas edades.

Todos estos nombres son personas con las que en mayor o menor medida, la sociedad convive a través de la cultura. Cuerpos muy visibles que fueron abusados. La sobrevisibilización puede actuar, entonces, como un mecanismo de invisibilización, al disimularse en aquellas personas sobre las que el público cree que lo sabe todo. El trauma permanece escondido a la atención de las cámaras, pasando desapercibido, y al pasar desapercibido, se perpetúa.

DESLOCALIZAR EL ABUSO: PORNOGRAFÍA, TURISMO SEXUAL Y PROSTITUCIÓN

En España son detenidas alrededor de 400 personas al año por pornografía infantil (según datos del INE). Para valorar adecuadamente esta cifra hay que tener en cuenta que la mayor parte de la pornografía infantil permanece oculta, por lo que habría que multiplicar esta cifra si quisiésemos averiguar la cifra real de consumidores de este tipo de pornografía. Los datos de pornografía infantil indican que, de alguna u otra manera, está presente un deseo latente. Si bien puede que este deseo no se realice abusando directamente menores, para que se produzca material pornográfico de menores hacen falta menores que sean abusados sexualmente. Por tanto, podemos decir que la pornografía infantil indica un deseo más o menos extendido, distanciado de sus consecuencias, pero

produciéndolas igualmente.

Por otra parte, según datos de la ONG Save the Children, los países europeos son los que más practican turismo sexual con menores y España está entre los primeros de la lista. Entre 30.000 y 35.000 españoles viajaron el año 2001 a Latinoamérica con este fin. Además, 5.000 niños y niñas están implicados en tramas de prostitución infantil en España (El País, 2004). Por último, según una encuesta de UNICEF (2006) en España, el 9,3% de los encuestados afirmaban que conocían a personas que habían manifestado explícitamente haber realizado turismo sexual con menores.

Tanto en el caso de la pornografía infantil como del turismo sexual infantil, se trata de desplazar las consecuencias inmediatas a otro lugar. Suponen mecanismos de invisibilización, puesto que previenen que se tomen medidas adecuadas, suponen un tipo de abuso infantil más tolerado y da la sensación de que el problema se encuentra en un territorio desconocido. Es más fácil aceptar que una niña sin recursos, de un país destino de turismo sexual, sea abusada sexualmente, que el hecho de que lo sea un niño de clase media de un país occidental. Los niveles de indignación están relacionados con cuestiones de género, país de origen y pobreza.

INVISIBILIZACIÓN POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Cada día cientos de personas se presentan en consultas u hospitales con problemas de sueño, problemas emocionales, recuerdos traumáticos, problemas sexuales, depresión, ansiedad, alucinaciones o delirios. Como hemos visto anteriormente, una parte significativa de esas personas han sido abusadas sexualmente en la infancia y no se está teniendo en cuenta por parte de los profesionales de la salud mental. No se pregunta, pese a que las estadísticas indican que puede ser lo más apropiado (Read y Fraser, 1998).

Una explicación puede ser que el abuso sexual infantil no forma parte del discurso dominante en el campo de la salud mental. Actualmente, las disciplinas que sustentan el sistema de salud mental han desarrollado un modelo de enfermedad basado principalmente en los desequilibrios químicos del cerebro. Los abusos sexuales infantiles no pueden encajar, por su propia naturaleza, en este discurso, puesto que estaría sugiriendo que el sufrimiento psíquico es consecuencia de experiencias vitales y de la interacción del sujeto con la sociedad.

En este sentido, mediante este discurso de enfermedad individual, se posiciona el campo de la salud mental fuera de los factores sociales. Esta circunstancia genera que cientos de situaciones nocivas para la salud mental, que solamente se pueden empezar a detectar a través de reflexionar sobre el contexto social, pasen desapercibidas. El abuso sexual infantil no es una excepción, ya que lo se encuentra relacionado con factores como el poder y la autoridad que otorga la propia jerarquía social (Roberts y Vanstone, 2014) o la cultura de la violación, entendida como un entorno que normaliza y permite la violación a través de productos culturales, publicitarios, etc. (Canan et al, 2016). Otros ejemplos podrían ser una determinada forma de entender la sexualidad, la priorización de los deseos individuales, el abuso de poder, la sexualización infantil, la pornografía y las redes

sociales, entre otras. Todos ellos factores fuera del foco de los debates actuales de los profesionales de la salud mental.

También se debe tener en cuenta que el término “abuso infantil” engloba aspectos que solo tienen en común lo infantil, ya que el abuso puede ser de muchos tipos (maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, etc.). La propia amplitud del concepto protege a la sociedad de horrorizarse, permite dejar de hablar de palizas, de sexo vaginal, oral o anal, de quemaduras, de insultos, de cortes o de pelo arrancado. También evita que se hable de tocamientos, de comentarios subidos de tono, de sonrisas, de un acercamiento excesivo o de las miradas indiscretas. El concepto de “abuso infantil” uniformiza el significado propio de cada una de estas prácticas, las vacía de contenido y las difumina, desde las más severas a las más extendidas. Esto disminuye la alarma social y legitima el no tomar medidas.

Por último, existen numerosos organismos que elaboran guías de recomendaciones para los profesionales que atienden a personas con diversos tipos de sufrimiento psíquico. En España, el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad elaboran las Guías de Práctica Clínica. Pese a que los profesionales no están obligados a cumplirlas, ni tampoco son las únicas, estas guías tienden a sintetizar las investigaciones y a reflejar el discurso predominante. A modo de ejemplo, en la guía de depresión, se realiza una breve mención a que “la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014: 37). Lo mismo sucede en la guía dedicada a esquizofrenia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009) y en la dedicada a trastorno bipolar (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar, 2012). En ningún caso se apremia a tener en cuenta el abuso sexual infantil de cara a la asistencia.

Este tipo de guías recopilan medidas que los estudios han demostrado útiles para reducir los síntomas, copiando el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia. Pero al limitar las acciones a la reducción de síntomas, se restringe el campo de acción de profesionales y personas con sufrimiento psíquico a lo meramente individual. Esto reduce las probabilidades de que la persona que fue abusada sexualmente en la infancia se encuentre cómoda a la hora de relatarlo ante o a los terapeutas, impidiendo así la toma de medidas para que esta persona pueda visibilizar lo sucedido a su entorno y se vayan desencadenando tomas de conciencia colectiva al respecto.

Desde el punto de vista individual, el proceso de mejora de las personas adultas que sufrieron abuso sexual infantil no está relacionado, según ellas mismas, con unas terapias más que con otras. Estas fueron las conclusiones sacadas de una veintena de estudios cualitativos, es decir, que estaban basados en la experiencia propia de las personas que habían pasado por abuso sexual infantil y que señalaban que el factor que más les ayudó fue comprender la experiencia traumática, independientemente de la orientación terapéutica del profesional (Parry y Simpson, 2016). Esta idea tampoco encaja en el discurso predominante.

UNA VISIBILIDAD DISTINTA

Freud elaboró una teoría que chocó contra la sociedad de su tiempo, hasta el punto de que le hicieron dudar de su propia visión. La investigación señala que, en términos generales, iba por buen camino: los abusos sexuales infantiles están asociados al sufrimiento psíquico. Sin embargo, no tiene sentido reducirlo todo a las teorías del primer Freud debido a que todo ha cambiado. Hay que tener en cuenta que tener en consideración la infancia no tiene porque equivaler a restringirse a un enfoque psicoanalítico, máxime cuando ya hemos visto que lo importante en el proceso de recuperación del abuso sexual infantil, para las propias víctimas, no es el enfoque terapéutico. Tener una perspectiva lo más amplia posible, incluyendo los factores sociales en juego, es la única posibilidad de no volver a caer en el reduccionismo.

Es evidente que los profesionales no son la única puerta de salida para los relatos del trauma, sin embargo, es una de las principales y eso les confiere una cierta responsabilidad. Sin embargo, del mismo modo que no podemos imaginarnos a policías hablando en nombre de las mujeres maltratadas, o a médicos hablando por las personas con VIH, no debemos imaginarnos a terapeutas hablando y ocupando el espacio que deberían ocupar las personas que fueron abusadas sexualmente en la infancia. Esto los mantendría en una posición de subordinación y silencio. Antes bien, habría que preguntarse: ¿Quieren visibilizar el problema las personas victimizadas? ¿Es visibilizar lo que quieren, o tienen otras prioridades? ¿Cómo averiguar qué es lo que quieren visibilizar? ¿Cómo visibilizar? ¿Qué papel deben jugar los profesionales de la salud mental en esta visibilización?

Presentarse como una víctima en una sociedad que premia el éxito está lleno de complicaciones, supone posicionarse desde la vulnerabilidad. Contar al resto de personas la propia condición de víctima de abuso sexual infantil entra en contradicción con el paradigma predominante que considera los problemas como una cuestión privada y en el que cada uno debe solucionarlos por sus propios medios (Bauman, 2004: 39). Un relato de abuso sexual infantil, sobretodo si es un relato consciente de su vertiente social, puede ser acogido como otro de tantos relatos “victimistas” de un sector de la población que quiere reivindicar algo. Como tantos otros.

Esto supone que las personas que se atreven a relatar lo sucedido, muchas veces, se van a encontrar solas. Quizás el papel de los terapeutas pueda ser el acompañar en este proceso, pero también el de buscar alianzas en colectivo. Será necesario, entonces, plantearse cómo crear estas alianzas y cómo promover el apoyo del entorno a la persona. Después, la decisión sobre si convertirlo en un problema colectivo, o de cómo hacerlo, le corresponderá a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUMAN, Zygmunt (2004). *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económico.
- BONOLDI, Ilaria; SIMEONE, Ercole; ROCCHETTI, Matteo; CODJOE, Louisa; ROSSI, Giorgio; GAMBÌ, Francesco; BALOTTIN, Umberto; CAVERZASI, Edgardo; POLITI, Pierluigi; FUSAR-POLI, Paolo. "Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies". *Psychiatry Research* 210(1) (2013): 8-15. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.05.003.
- CANAN, Sasha N., JOZKOWSKI, Kristen N., CRAWFORD, Brandon L. "Sexual Assault Supportive Attitudes: Rape Myth Acceptance and Token Resistance in Greek and Non-Greek College Students From Two University Samples in the United States". *Journal of Interpersonal Violence* (2016). DOI: 10.1177/0886260516636064.
- CANTÓN, David y JUSTICIA, Fernando. "Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo". *Psicothema* 20 (4) (2008): 509-515.
- COLLISHAW, Stephan; PICKLES, Andrew; MESSER, Julie; RUTTER, Michael; SHEARER, Christina; MAUGHAN, Barbara. "Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample". *Child Abuse and Neglect* 31(3) (2007): 211-29. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.02.004.
- COLLIN-VÉZINA, Delphine y DE LA SABLONNIÈRE-GRIFFIN, Mireille; PALMER, Andrea; MILNE, Lise. "A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse". *Child Abuse and Neglect* 43 (2015): 123-134. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.03.010.
- CROMER, Lisa DeMarni y GOLDSMITH, Rachel E. "Child Sexual Abuse Myths: Attitudes, Beliefs, and Individual Differences". *Journal of Child Sexual Abuse* 19(6) (2010):618-647. DOI: 10.1080/10538712.2010.522493.
- EFE, *EL PAÍS* (2004). "Más de 30.000 españoles viajaron a Latinoamérica por turismo sexual con menores en 2001". (Consultado 2017).
- FERRER, Victoria A. y BOSCH, Esperanza. "El papel del movimiento feminista en la consideración social de la violencia contra las mujeres: el caso de España" *Mujeres en Red* (2007). (Consultado 2017).
- FORSMAN, Mats y LÅNGSTRÖM, Niklas. "Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the 'cycle of violence' hypothesis". *Psychological Medicine* 42(9) (2012): 1977-1983. DOI: 10.1017/S0033291711003060.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Josef. (1993). *Estudios sobre la histeria*. Argentina: Orbis.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL

- ADULTO (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNO BIPOLAR (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- HERMAN, Judith L. (1992). *Trauma and recovery: from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- HUBBARD, Jim y SARAH, Schulman (2012). *United in Anger: A History of ACT UP*, Estados Unidos: Hubbard y Schulman.
- JONES, Lisa; BELLIS, Mark A.; WOOD, Sara; HUGHES, Karen; MCCOY, Ellie; ECKLEY, Lindsay; BATES, Geoff; MIKTON, Christopher; SHAKESPEARE, Tom; OFFICER, Alana. "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies". *The Lancet* 380(9845) (2012): 899-907. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60692-8.
- KEE-LEE, Chou. "Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorders in Middle-Aged and Older Adults: Evidende from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey". *Journal of Clinical Psychiatry* 73 (11) (2012): e1365-e1371. DOI: 10.4088/JCP.12m07946.
- LALOR, Kevin y McELVANEY, Rosaleen. "Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs". *Trauma Violence and Abuse* 11(4) (2010): 159-77. DOI: 10.1177/1524838010378299.
- LANGELAND, Willemien; SMIT, Jan H.; MERCKELBACH, Harald; DE VRIES, Gerard; HOOGENDOORN, Adriaan W.; DRAIJER, Nel. "Inconsistent retrospective self-reports of childhood sexual abuse and their correlates in the general population". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50 (4) (2015): 603-612. DOI: 10.1007/s00127-014-0986-x.
- MANIGLIO, Roberto. "Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review". *Clinical Psychology Review* 33 (4) (2013): 561-573. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.03.002.
- MÁRQUEZ-FLORES, Maria Mercedes; MÁRQUEZ-HERNÁNDEZ, Verónica V.; GRANADOS-GÁMEZ, Genoveva. "Teachers' Knowledge and Beliefs About Child Sexual Abuse". *Journal of Child*

- Sexual Abuse* 25 (5) (2016): 538-555. DOI: 10.1080/10538712.2016.1189474.
- MILLER, Alice. (1991) *Banished Knowledge. Facing Childhood Injuries*. London: Virago Press.
- MCLEIGH, Jill D. "Protecting Children in the Context of International Migration: children in migration require greater protection from violence, exploitation, and discrimination". *Child Abuse and Neglect* 37(12), (2013): 1056-68. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.10.011
- MOLNA, Beth E.; BUKA, Stephen L.; KESSLER, Ronald C. "Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey". *American Journal of Public Health* 91(5) (2001): 753-760.
- NEGREDO, Laura y HERRERO, Óscar. "Pornografía infantil en Internet". *Papeles del Psicólogo* 37 (2016): 217-223.
- O'DOUGHERTY WRIGHT, Margaret; FOPMA-LOY, Joan; OBERLE, KATHERINE. "In their own words: the experience of mothering as a survivor of childhood sexual abuse". *Development and Psychopathology* 24(2) (2012): 537-552. DOI: 10.1017/S0954579412000144.
- PARRY, Sarah; SIMPSON, Jane. "How Do Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse Experience Formally Delivered Talking Therapy? A Systematic Review". *Journal of Child Sexual Abuse* 25(7) (2016): 793-812. DOI: 10.1080/10538712.2016.1208704.
- PEREDA, Noemí. "¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España". *Papeles del Psicólogo* 37 (2), (2016): 126-133.
- PEREDA, Noemí y FORNS, María. "Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles". *Child Abuse and Neglect* 31(4), (2007): 417-26. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010.
- PEREDA, Noemí; GUILERA, Georgina; FORNS, María y GÓMEZ-BENITO, Juana. "The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis". *Clinical Psychology Review* 29 (2009): 328-338. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.02.007.
- READ, John y FRASER, Allen. "Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask?" *Psychiatric Services* 49(3) (1998): 355-359. DOI: 10.1176/ps.49.3.355.
- ROBERTS, Susan y VANSTONE, Maurice. "A child sexual abuse research project: a brief endnote". *Journal of child sexual abuse* 23 (6) (2014): 745-754. DOI: 10.1080/10538712.2014.934416.
- SALTER, Michael; RICHTERS, Juliet. "Organised abuse: a neglected category of sexual abuse with significant lifetime mental healthcare sequelae". *Journal of Mental Health* 21(5) (2012): 499-508. DOI: 10.3109/09638237.2012.682264.
- SIMONS, Dominique A.; WURTELE, Sandy K.; DURHAM, Robert L. "Developmental experiences of child sexual abusers and rapists". *Child Abuse and Neglect* 32(5) (2008): 549-560. DOI:

10.1016/j.chiabu.2007.03.027.

SMALLBONE, Stephen y MCABE, Billee-Anne. "Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders". *Sexual Abuse* 15(1) (2003): 1-9. DOI: 10.1177/107906320301500101.

STOLTENBORGH, Marije; VAN IJZENDOORN, Marinus H.; EUSER, Eveline M.; BAKERMANS-KRANENBURG, Marian J. "A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world". *Child Maltreatment* 16(2) (2011): 79-101. DOI: 10.1177/1077559511403920.

TSOPELAS, Christos; TSETSOU, Spyridoula; NTOUNAS, Petros; DOUZENIS, Athanassios. "Female perpetrators of sexual abuse of minors: what are the consequences for the victims?". *International Journal of Law and Psychiatry* 35(4) (2012): 305-310. DOI: 10.1016/j.ijlp.2012.04.003.

UNICEF (2006). "Actitud de la sociedad española ante la práctica de la explotación sexual comercial infantil en los viajes".

VALVERDE, Clara (2014). *Desenterrar las palabras. Transmisión generacional del trauma de la violencia política en el s.XX en el Estado español*. Barcelona: Icaria Editorial.

VARESE, Filippo; SMEETS, Feikje; DRUKKER, Marjan; LIEVERSE, Lataster; RITSAERT, Tineke; VIECHTBAUER, Wolfgang; READ, John; VAN OS, Jim; BENTALL, Richard P. "Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective-and Cross-sectional Cohort Studies". *Schizophrenia Bulletin* 38(4) (2012): 661-671. DOI: 10.1093/schbul/sbs050.

WEBB L., Craissati J. y KEEN, S. "Characteristics of internet child pornography offenders: a comparison with child molesters". *Sexual abuse: a journal of research and treatment* 19 (2007): 449-465. DOI: 10.1177/107906320701900408.

ZAGRODNEY, Jessica L. y CUMMINGS, Jordan A. "Impact of Perpetrator Type on Attributions of Mother Fault in Child Sexual Abuse". *Journal of Child Sexual Abuse* 25(8) (2016): 827-845. DOI: 10.1080/10538712.2016.1236870.



DESCENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL: UN ESPACIO DE REFLEXIÓN.

Decentralization of cares in mental health: a space for reflection.

BELÉN PASCUAL-VERA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. belen.pascual@uv.es

Licenciada en Psicología y Psicóloga General Sanitaria. Es personal investigador (FPI), adscrita al Proyecto I+D: “El espectro obsesivo-compulsivo desde una perspectiva transdiagnóstica”, dirigido por la Dra. Amparo Belloch. Su investigación se centra en psicopatología y clínica. Ha desarrollado proyectos de inserción socio-comunitaria, y participado activamente en colectivos críticos autónomos en el área de salud mental.

RECIBIDO: 31 DE JULIO DE 2017

RESUMEN: Aunque la dimensión de salud está mediada por el contexto social, los modelos de atención hegemónicos priorizan la profesionalización e individualización de los cuidados, y la atención desde el entorno social permanece invisibilizada. En este trabajo se presenta un análisis sobre la centralización de los cuidados en salud mental, partiendo de la dicotomía entre cuidados profesionales e informales; y se proponen algunas consideraciones respecto a cómo descentralizar los cuidados. Se plantea la necesidad de revalorizar el papel del entorno social, y generar herramientas de gestión colectiva de la salud-enfermedad.

PALABRAS CLAVE: cuidados, salud mental, cuidadores, apoyo mutuo, revisión crítica.

ACEPTADO: 9 DE DICIEMBRE DE 2017

ABSTRACT: Although of health dimension is mediated by the social context, hegemonic models prioritize the professionalization and individualization of cares, and the role of social environment remains invisible. This paper presents a reflection on the centralization of cares in mental health, starting from the dichotomy between professionalized and informal cares. Some reflections on how mental health care could be decentralized were also consider. Reevaluating the role of the social environment, and generate tools of collective management of health-disease are suggested.

KEYWORDS: cares, mental health, mutual support, caregiver, critical review.

Pascual-Vera, Belén.

“Descentralización de los cuidados en salud mental”

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 395-406

DOI: 10.7203/KAM. 10.10594 ISSN: 2340-1869

INTRODUCCIÓN

Las primeras definiciones del concepto de salud que emite la Organización Mundial de la Salud (OMS) entendían esta como “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, estableciendo, así, una dicotomía explícita entre salud y enfermedad, y limitándose al mero estado fisiológico del individuo. Pese a que la misma organización la definió posteriormente como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como exclusivamente ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1998: 10), esta conceptualización también fue objeto de críticas, principalmente por su carácter individual y por la imposibilidad de su realización plena, que según Dossey (1986) convertía a la mayoría de la población en enfermos permanentes (García, 2010: 19).

Fue en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) cuando se empezaron a incluir elementos de carácter social, tales como los económicos y ambientales, asumiendo que existía otro conjunto de factores cruciales para el estado de salud de los sujetos y de las poblaciones. De hecho, diversos autores señalan que el concepto de salud está construido socialmente, y por tanto la dimensión de salud está mediada por el contexto social y las conexiones que un sujeto establece con su entorno (Fernández, 2005). Ejemplo de ello son los estudios que evidencian la relación entre el contexto social con diversos indicadores de salud. La red social se considera un factor protector de primer orden, y el apoyo social se ha relacionado con una mejora del bienestar general, menor riesgo de problemáticas emocionales, y menores niveles de discapacidad fruto de enfermedades crónicas (OMS, 2003); mientras que el aislamiento se ha relacionado negativamente con el concepto subjetivo de bienestar (Grundy, y Slogget, 2003), siendo uno de los predictores de peor pronóstico en determinadas problemáticas. Además, el bienestar psicológico se ha relacionado en mayor medida con el apoyo social subjetivamente percibido (Vivaldi, y Barra, 2012).

Actualmente, hay consenso en la literatura sobre el hecho de que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas exclusivamente desde un punto de vista individualista y/o reduccionista, precisando del estudio de las comunidades, redes sociales, lugares de trabajo, familias y trayectorias vitales (Lomas, 1998). Esta asunción estaría sugiriendo que el entorno y los agentes sociales que lo configuran podrían tener un papel potencial como agentes de cambio en la dimensión de salud. Pese a ello, los modelos de atención y prácticas profesionales predominantes priorizan la atención profesionalizada en detrimento de la social y/o comunitaria y los abordajes individuales en detrimento de los colectivos. Además, las actividades de cuidados no profesionalizados que desempeñan los integrantes del grupo social cercano (ej., familia, pareja, amigos/s) permanecen invisibilizadas y para llevarlas a cabo no siempre se dispone de los recursos y atención necesaria.

En resumen, este paradigma refleja la necesidad de revalorizar los cuidados desde el grupo social cercano, que a partir de ahora denominaremos con el término de entorno social, y generar herramientas de gestión colectiva de la salud-enfermedad que vayan más allá de la exclusividad de asistencia profesionalizada-individualizada.

El propósito de este trabajo es generar una reflexión acerca de los cuidados en salud mental, vinculando el estado de salud con los principales agentes sociales del cuidado. Partiendo de lo

expuesto, entendemos la salud mental de un sujeto y/o sociedad como un sistema dinámico que se retroalimenta de aquellos sistemas con los que convive (ej. socio-económico, familiar). Por ello nos centraremos, por un lado, en el sistema ocupado por los profesionales de salud mental, y, por otro, en el entorno social, que lo conforman todos aquellos individuos de referencia para la persona en lo relativo al cuidado.

Los objetivos específicos son, primero, examinar la centralización de los cuidados en salud mental, partiendo de la dicotomía establecida entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados no profesionalizados o informales; y, segundo, proponer, a modo de reflexión, algunas consideraciones sobre cómo descentralizar los cuidados en salud mental y generar herramientas colectivas de gestión del sufrimiento psíquico.

CENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL

Los cuidados serían todas aquellas actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional, propio o ajeno, y que se extienden a todos los sistemas de interacción. A pesar de que proporcionar cuidados a las personas o grupos de nuestro entorno social cercano no implica *per se* una relación de jerarquía, ni unidireccionalidad, en la historia del cuidado se ha establecido una separación tajante de espacios, usos y reconocimiento social del cuidado.

Esto se ha puesto de manifiesto en diferentes campos, principalmente desde la perspectiva de género. El ámbito público, ocupado hegemónicamente por los varones, se ha destinado a proveer los cuidados instrumentales, como la producción de bienes y servicios. Estas actividades estaban sujetas a un reconocimiento social, y se realizaban a cambio de un salario. Por otro lado, el ámbito privado, ocupado tradicionalmente por las mujeres, se centraba en el cuidado emocional y doméstico de los integrantes del sistema familiar. A diferencia del cuidado instrumental, estos últimos no disfrutaban de un reconocimiento social ni reciben un salario. Algunos/as autores/as argumentan la extensión de la ideología que naturaliza el amor familiar y la capacidad de las mujeres para el cuidado para explicar este hecho (Esteban, 2006).

La división de estos aspectos del cuidado puede generalizarse a los modelos hegemónicos de atención en salud mental, permitiéndonos hacer una analogía entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados no profesionalizados o informales.

En este sentido, los cuidados que se proveen desde el ámbito público o por los varones, podrían equipararse con los cuidados profesionalizados o formales. Estos incluirían a profesionales o especialistas que, en base a una formación, se encargan de aspectos relativos al cuidado, y las tareas que desempeñan están sujetas a una remuneración y estatus social. Algunos ejemplos que reflejan la profesionalización de ciertas áreas del cuidado se pueden observar en disciplinas como enfermería, psicología, medicina, cuidados paliativos o continuados, atención domiciliaria, etc. En base a lo anterior, esta área de los cuidados establece una jerarquía de tipo estructural y funcional entre el profesional que los dispone y el individuo que los recibe, cuyas prácticas profesionales estarían

además reguladas por los tratamientos o intervenciones basados en la evidencia. Esto último, también nos permite distinguir entre tratamiento o intervención y cuidados colectivos.

Pese a la profesionalización de determinadas áreas, es evidente que no es posible atender todos los aspectos relacionados con los cuidados, ni tampoco facilitar que todas las personas que lo necesitan dispongan de los recursos de asistencia. Es por ello que en el ámbito del cuidado se ha extendido lo que se conoce como los cuidados informales o no profesionalizados, los cuales, siguiendo la analogía que hemos planteado, se podrían asemejar a los cuidados del ámbito privado desempeñados fundamentalmente por las mujeres.

El cuidado informal se definiría como la prestación de cuidados a personas dependientes, normalmente por parte de la familia, pareja, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen (Roca, et al., 2000). A diferencia de lo que sucede con los cuidados profesionalizados, los cuidados informales no están sujetos a una remuneración ni tampoco a un reconocimiento social. Además, los cuidadores principales son generalmente familiares-pareja, y mayoritariamente mujeres; reflejando, entre otras, la ideología que naturaliza el cuidado (Esteban, 2006).

Por otra parte, las situaciones que más requieren de cuidados informales están caracterizadas por circunstancias de dependencia, como ocurre con las demencias (Brodaty y Donkin, 2009), diversidad funcional, enfermedades denominadas “crónicas” como la esquizofrenia (Lasebikan, y Ayinde, 2013) y grupos sociales afectados por una mayor desigualdad social, en cuestiones de nivel socioeconómico, raza, género, etc. (Alliance, 2012).

A raíz de esto, los cuidados informales generan una serie de consecuencias para el que cuida y para el que es cuidado. Si bien atender a una persona significativa repercute positivamente, las consecuencias negativas son prevalentes y afectan a un amplio rango de sistemas que van desde el propio cuerpo (fisiológico-psicológico) a lo económico y laboral (Brodaty y Donkin, 2009; Roca et al., 2000). Desde el punto de vista psico-social destacan el descenso del contacto y el aislamiento, restringir el tiempo de ocio y aficiones (Brodaty y Donkin, 2009) y la sobrecarga. Esta última ha sido una de las dimensiones psicológicas que más atención ha recibido, por su relación con el estado de salud de los cuidadores principales (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009; Ganapathy et al., 2015; Delalibera, Presa, Barbosa y Leal, 2015).

En consecuencia, esto ha desencadenado la necesidad de incorporar una serie de intervenciones o tratamientos profesionalizados (respiros, asociaciones de familiares, asistencia psicológica/psiquiátrica) para “los/las que cuidan”, denominados como pacientes secundarios invisibilizados (Brodaty y Donkin, 2009). Así, de nuevo, los cuidadores principales necesitan de los cuidados profesionalizados o formales para afrontar las consecuencias del cuidado informal.

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL

El área del cuidado no puede ser exclusiva del área profesional. La idea que planteamos a lo largo de este texto no pretende negar la necesidad de la asistencia profesional, ni tampoco su eficacia

en estados de salud determinados, pero sí, consideramos que centralizar los cuidados en salud mental y reducirlos al campo especializado obvia el hecho de que la persona habita un contexto social más amplio. Por lo tanto, y pese a que los recursos existentes sean adecuados de, *per se*, no son suficientes para garantizar la calidad de vida y /o unas condiciones de vida dignas. Además, las consecuencias de los cuidados informales plantean la necesidad de generar recursos de gestión colectiva, tanto para los cuidadores principales como para los afectados/as de manera directa.

La desigualdad entre los cuidados profesionalizados o formales y los cuidados informales plantea que, para descentralizar los cuidados en salud mental es preciso promover cambios, por lo menos, en dos colectivos principales. El primero lo ocuparía el área profesionalizada, es decir, aquellos que se dedican formalmente a la atención en salud mental (psicólogos, psiquiatras, etc.). El segundo estaría compuesto por el entorno social, al que previamente hemos hecho referencia como uno de los microsistemas con los que la persona interactúa de forma directa. Este trabajo se centrará en el segundo de ellos, pero queremos resaltar aquí la necesidad de que profesionales en salud mental nos hagamos cargo de nuestra responsabilidad en el campo de los cuidados, y aprovechemos para reflexionar sobre los modelos de atención y herramientas asistenciales que ofrecemos, así como de nuestros roles y actitudes (Erro, 2015). En este trabajo profundizaremos en el colectivo compuesto por el entorno social por varios motivos: primero, porque los vínculos y relaciones de intimidad que establecen los agentes del entorno social no pueden generarse con los profesionales de salud mental. Esto tiene que ver con la comprensión de un “yo cercano que está sufriendo”, en el sentido de que en el campo afectivo ambos cuidados no son comparables; segundo, porque no podemos negar la existencia de dificultades relacionadas con la salud mental a lo largo del ciclo vital, de modo que el apoyo desde un grupo de referencia es más una constante que un proceso transitorio, como puede ser la ayuda profesional; tercero, porque los miembros del entorno social cercano son los que suelen estar implicados en las actividades de cuidados informales. En este punto pretendemos extender, más allá de la familia directa, a los agentes involucrados en el cuidado, como puedan ser el grupo social y comunitario o el entorno laboral, lo que puede llevar también a incidir en cuestiones relevantes en salud mental como el aislamiento social, los problemas laborales y el estigma, entre otros problemas que exceden al sistema familiar (Eiroa-Orosa, 2015).

En definitiva, consideramos que extender los cuidados al entorno social podría, por un lado, repercutir satisfactoriamente en la calidad de los mismos, tanto para aquellos que los reciben como para quienes desempeñan el rol de cuidadores, como por otro, reducir la desigualdad establecida en los cuidados en salud mental. Sin embargo, consideramos que las posibles respuestas tienen que generarse desde y para el colectivo. Para ello, a continuación, planteamos unas reflexiones sobre cómo podemos revalorizar el papel del entorno social y, por último, presentaremos algunas propuestas aplicadas, concretamente expondremos por qué los espacios de diálogo, en particular, pueden constituirse como una de las herramientas colectivas útiles para la gestión del sufrimiento psíquico.

REVALORIZAR LOS CUIDADOS DEL ENTORNO SOCIAL CERCANO.

Algunas de las razones por las que se han profesionalizado los cuidados y se ha desvinculado al entorno tienen que ver con el desconocimiento y miedo en materias de salud mental, que han motivado que olvidemos que poseemos determinadas habilidades relevantes para apoyar a nuestro círculo más cercano. Por lo tanto, una de las propuestas que realizamos tiene que ver con re-apropiarnos de estas habilidades y potenciar estos recursos.

Partimos de que los cuidados profesionalizados se basan por un lado en el dominio de ciertas habilidades o experiencia que se adquieren por medio de una formación o especialidad, pero en lo relativo a salud mental, también sabemos que las competencias para ser un buen profesional parten de la puesta en práctica de ciertas habilidades “naturales”. Por naturales nos referimos a que todas las personas podemos o no tenerlas, y/o fortalecerlas, pero que no se adquieren en base a una formación. Algunas de estas competencias son, por ejemplo, el interés por el otro, la curiosidad por saber/conocer, la flexibilidad, la empatía y la capacidad de escucha. Del mismo modo que los profesionales pueden desarrollarlas, independientemente de la formación, el entorno de la persona también.

Con esto, no pretendemos que se psicologicen los cuidados, ni tampoco que tengamos que formarnos en determinadas áreas para cuidar, pero sí que “recordemos” qué habilidades tenemos como seres humanos que puedan ser de interés para cuidar de forma saludable a la persona que tenemos al lado. Para ello un primer paso, puede ser cuestionarnos quién no se ha sentido bien al ser escuchado por un amigo, o necesitado que su familia se ponga en su lugar, o quizás qué trabajador no ha sentido alivio cuando su compañero le decía, “tranquilo, yo también tuve ansiedad, si quieres puedo echarte una mano estos días con el trabajo”.

Este cuestionamiento sirve, en nuestra opinión, para re-apropiarnos de nuestro potencial para cuidarnos entre nosotros/as y también como un paso necesario para adentrarnos en el apoyo mutuo. Para ello, no es requisito ser un experto en salud mental, pero sí fomentar una puesta en común, es decir establecer diálogos para favorecer un apoyo saludable. Quizás no sabemos qué es lo que tenemos que hacer exactamente, pero ese tampoco es el objetivo ni nuestra función, sino más bien “estar”, formar parte del apoyo, escuchar las necesidades del otro y acompañar en las decisiones que la persona determine. Apoyo mutuo puede ser desde ayudar a planificar una actividad hasta ofrecer una mano a la que agarrarse después de un ingreso psiquiátrico.

ESPACIOS DE DIÁLOGO

La justificación de esta herramienta radica en que entendemos que no es lo mismo cuidar que cuidar de forma saludable. Cuidar de forma saludable implicaría tener en cuenta las necesidades y compromisos, en la medida de lo posible, de los dos agentes implicados, las personas que disponen de los cuidados y las personas que los reciben. Esto podría repercutir en el manejo de procesos psicológicos habituales como la sobrecarga del que “cuida” y la culpa e indefensión del que “es cuidado”, y también favorecer relaciones de inter-dependencia en lugar de dependencia-fusión.

Con fines expositivos, dividiremos los espacios de diálogo en tres formatos, en función de los miembros de interacción: uno, espacios de diálogos consigo mismo; dos, espacios de diálogos entre los agentes del cuidado; y, tres, espacios de diálogo comunes. Otros formatos de comunicación del entorno social pueden leerse en Erro (2016).

ESPACIOS DE DIÁLOGO CONSIGO MISMO

La idea de compartir diálogos radica en la tendencia más o menos habitual que tenemos, como personas preocupadas por el bienestar del otro, a cuidar guiados por vivencias emocionales, miedo y preocupación, o bien ofreciendo los cuidados que nos gustaría recibir a nosotros, como si se tratase de nuestro reflejo. Como es evidente, no todos somos iguales ni necesitamos la misma atención, por lo que es importante preguntarnos si lo que estamos ofreciendo es lo que la otra persona requiere para ser apoyado.

Para ello, tenemos que cuestionarnos si el tipo de apoyo que ofrecemos es sano para mí y para la persona que está a mi lado. Algunas preguntas que podrían ser de utilidad pueden verse en la Figura 1. La situación ideal sería poder compartir estos diálogos con el resto de agentes del cuidado, pero somos conscientes de la dificultad de hacerlo en determinadas situaciones (ej., demencias). No obstante, sí consideramos esencial el diálogo interno consigo mismo, pudiéndose materializarse o no posteriormente en espacios compartidos.

-
- *¿Cómo te sientes o has sentido apoyando de esta forma?*
-
- *¿Qué es lo que más te cuesta o te ha costado hacer?*
-
- *¿Qué crees que le ha aportado o le aporta este recurso de apoyo a la otra persona?*
-
- *¿Cómo crees que se sintió la otra persona?*
-
- *Si volviesses a poner en práctica este recurso, ¿cómo lo harías? ¿lo harías de la misma forma?, ¿cambiarías algo?*
-

Figura 1. Espacios de reflexión consigo mismo. Algunas preguntas de reflexión.

ESPACIOS DE DIÁLOGO ENTRE LOS AGENTES DEL CUIDADO

Son espacios de encuentro, entre los diferentes agentes, donde se explicitan las necesidades y compromisos de ambas partes en relación con las actividades del cuidado. Estas pueden ser tanto instrumentales (ej., hacer la compra) como emocionales (ej., acompañamiento). Por necesidades entendemos aquello que ambos agentes consideran importante para su propio bienestar, y por compromisos, aquello que pueden ofrecer. Esto implicaría la exposición de los límites personales y actividades de autocuidado para ambas partes. Un ejemplo podría ser: yo como cuidador/a puedo comprometerme a acompañarte en las situaciones difíciles manteniendo un contacto diario, bien vía telefónica, o en persona (*compromisos*), pero para poder hacerlo de forma saludable para mí necesitaría de ti que no apagasas el teléfono y me informes de cómo te encuentras una vez al día

(*necesidades*). Por otro lado, la persona que recibe los cuidados directamente podría necesitar únicamente que estés disponible por las noches (*necesidades*), pero prefiere informarte sobre su estado con un mensaje de texto, en lugar de con una llamada (*compromisos*).

Explicitar los compromisos y necesidades potencia, por un lado, un proceso de negociaciones y acuerdos, reduce los conflictos inter-personales asociados y facilita la comunicación entre los implicados. Además, las actividades del cuidado se establecen sobre la base de la autonomía y la toma de decisiones compartida, favoreciendo un apoyo saludable para ambos. Por otro lado, estos diálogos permiten conocer qué aspectos del cuidado no pueden cubrirse con los recursos existentes y buscar soluciones a cómo hacerlo.

ESPACIOS DE DIÁLOGO COMUNES

La otra idea que nos gustaría resaltar aquí es la de la participación y creación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Estos son espacios de escucha activa donde las personas que los integran se reúnen y comparten experiencias comunes, con el objetivo de apoyarse los unos a los otros (Erro, 2016). La versatilidad es una de las características de los GAM y su aplicación puede extenderse a diferentes problemáticas, temáticas comunes, modos de funcionamiento y configuración. Los GAM tienen una serie de peculiaridades que los diferencia de otras propuestas grupales como los grupos terapéuticos, las asociaciones de afectados o familiares y/o grupos de apoyo guiados por profesionales de la salud. Un resumen de estas características se sintetiza en la Figura 2. Las tres últimas son exclusivas de los GAM, dado que el resto de propuestas suelen estar configuradas por una institución externa y/o en la presencia de un facilitador y/o terapeuta¹.

En el campo que nos ocupa, los GAM irían dirigidos en primer lugar a aquellos que reciben los cuidados en mayor medida, con el objetivo de compartir espacios y herramientas con otras personas en circunstancias similares, sin embargo, los miembros del entorno social también podrían beneficiarse de esta herramienta con la finalidad de apoyarse conjuntamente en lo relativo a las actividades de cuidado, y tener un soporte emocional para sí mismos.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Espacios colectivos de escucha activa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actitud de respeto y no juiciosa entre sus miembros.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Autodeterminación del funcionamiento y gestión colectiva del GAM: el calendario de actividades, cronología, lugar, etc., lo determina el propio grupo.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bi-direccionalidad del apoyo mutuo: todos los integrantes dan y reciben apoyo del resto en una situación de igual a igual.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Horizontalidad: no estableciendo jerarquías de poder entre los miembros que lo componen.</i>

Figura 2. Características de los GAM.

¹ Los lectores interesados pueden encontrar más información sobre la creación de GAM en el [siguiente enlace](#).

DISCUSIÓN

El propósito general de este trabajo es reflexionar sobre la situación actual de los cuidados en salud mental, vinculando el estado de salud de las personas con los principales agentes sociales del cuidado.

Para ello, se ha puesto de manifiesto, primero, que los cuidados profesionalizados no pueden asumir todos los aspectos del cuidar, como la continuidad, afectividad, contacto social, entre otros; segundo, que el modo en que se materializan las actividades de cuidados informales plantean situaciones de desigualdad en materia de dependencia, cronicidad, género, nivel socioeconómico, entre otras; y, tercero, que la responsabilidad directa que recae sobre los cuidadores principales tiene una serie de consecuencias negativas, que repercuten en el estado de bienestar de ambas partes y requieren de cuidados profesionalizados para ser atendidos. Además, ambos tipos de cuidados se establecen sobre una base jerárquica y unidireccional, perpetuando el modelo médico de enfermedad, que no es el único existente.

Todo ello, resalta lo insuficiente que resulta la centralización de los cuidados en materia de salud y la escasez de herramientas colectivas de las que disponemos, lo que expone, a su vez, la necesidad de efectuar cambios en las actividades de cuidados desde un punto de vista estructural y funcional.

Por otra parte, este artículo pretendía proponer algunas consideraciones acerca de cómo descentralizar los cuidados en salud mental. Para ello, creemos necesario extender el concepto de cuidado más allá de los estados de enfermedad o dificultades de salud. Si hablamos de una dimensión o continuo, el cuidado no puede ser exclusivo de dificultades en salud mental, sino que deviene un componente que acompaña la vida afectiva del sujeto o sociedad en su totalidad. De este modo, el “hecho de cuidar” no supondría una ruptura en la psicobiografía de los “que cuidan” y los que “son cuidados”, ni tampoco se establecería, de hecho, tal división, dado que los cuidados se establecerán bajo la premisa de la bi-direccionalidad y horizontalidad donde todos somos agentes y sujetos de cuidado. Siguiendo a Orozco (2006:14) hablar de cuidados es hablar de una necesidad diaria de todas las personas, aunque en diferentes grados y dimensiones, y por tanto una actividad que nos es propia como sujetos envueltos en un contexto social.

A lo largo de la exposición también se ha argumentado que el paradigma actual de los cuidados deja patente la necesidad de generar herramientas colectivas de gestión del sufrimiento psíquico; específicamente, nos hemos centrado en el papel de los espacios de diálogo. Una de las ventajas es la posibilidad de generalización a otros agentes y contextos, no siendo exclusiva del campo de la salud. Generalizar los espacios de diálogo como recurso colectivo permitiría que las redes y negociaciones que se toman en los espacios de diálogo de un contexto específico se entrelacen con las de otro, y configurar una red de relaciones más extensa. De este modo, su utilidad va más allá de los beneficios directos que se deriven de su aplicación en un colectivo o contexto concreto.

En nuestro campo, generar espacios de diálogo entre redes de profesionales y personas afectadas de manera directa podría ser particularmente necesario. Sin embargo, es preciso que estos se caractericen por ser espacios neutrales, donde las voces de cada uno de los integrantes tengan un papel equivalente (*horizontalidad*) y se utilice un lenguaje común que permita que se exterioricen las necesidades y dificultades de cada uno. Además, en este caso, los privilegios que tenemos los profesionales (como tales) se quedarían “fuera de la consulta”, con el objetivo de crear diálogos compartidos que fomenten una atención más comprensiva y que tenga en cuenta las necesidades y demandas de colectivos que habitualmente no son escuchadas.

El presente trabajo cuenta con una limitación fundamental. Si bien hemos intentado solventarla partiendo de la recopilación de experiencias y debates de varios de los colectivos presentados, el resultado es fruto de la mirada individual de una profesional de salud mental. En futuros trabajos es preciso facilitar espacios de reflexión académicos que permitan plasmar directamente todas las “voces” mencionadas en este trabajo, y, además, incluir metodologías colaborativas como los grupos focales, que fomenten la participación de agentes implicados en los cuidados profesionalizados/ no profesionalizados, personas directamente afectadas y agentes que formen parte del entorno social.

Cuestionar los cuidados hegemónicos en salud mental es necesario para revalorizar el papel del entorno social, y favorecer recursos de gestión colectiva del sufrimiento, aunque quizá, lo primero sea empezar a cuidarnos entre nosotros/as.

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIVAMENT CATALUNYA ASSOCIACIÓ. “Grupos de Ayuda Mutua. Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental”. *www.activament.org* (2014).
- ALLIANCE, FAMILY CAREGIVER. “Fact sheet: Selected caregiver statistics”. *San Francisco, CA* (2012).
- BREINBAUER, Hayo et al. “Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada”. *Revista médica de Chile* 137.5 (2009): 657-665.
- DELALIBERA, Mayra et al. “Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature”. *Ciência & Saúde Coletiva* 20.9 (2015): 2731-2747.
- DOSSEY, Larry (1986). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona: Kairós.
- EIROA-OROSA Francisco José. “Activismo en salud mental y bienestar”. *Rehabilitación Psicosocial*, 12 (2015): 32-35.
- ESTEBAN, Mari Luz. “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud colectiva* 2.1 (2006): 9-20.
- ERRO, Javier (2015) (8 de octubre de 2015). *Terapeutas egocéntricos, pacientes ausentes. Apuntes sobre relaciones terapéuticas*.
- ERRO, Javier (2016). *Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis*. Granada: Biblioteca Social Hnos. Quero.
- FERNÁNDEZ PEÑA, Roser. “Redes sociales, apoyo social y salud”. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia* 3 (2005): 48-63.
- GANAPATHY, Vaidyanathan, et al. “Caregiver burden, productivity loss, and indirect costs associated with caring for patients with poststroke spasticity”. *Clinical Interventions in Aging* 10 (2015): 1793.
- GRUNDY, Emily y SLOGGETT, Andy. “Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances”. *Social Science & Medicine* 56.5 (2003): 935-947.
- LASEBIKAN, Victor Olufolahan y OLATUNDE OLAYINKA, Ayinde. “Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates”. *Indian Journal of Psychological Medicine* 35.1 (2013): 60.
- LOMAS, Jonathan. “Social capital and health: implications for public health and epidemiology”. *Social Science & Medicine* 47.9 (1998): 1181-1188.

OROZCO, Amaia Pérez. “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, 5 (2006): 7-37.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. Organización Mundial de la Salud (ed) *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: OMS.

ROGER, M. Roca et al. “Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares”. *Atención Primaria* 26.4 (2000): 217-223.

VIVALDI, Flavia y BARRA, Enrique. “Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores”. *Terapia psicológica* 30.2 (2012): 23-29.

DESPSIQUIATRIZAR LA CULTURA COMO NECESIDAD INELUDIBLE PARA UN CAMBIO SOCIAL EMANCIPATORIO

Depsychiatrice culture as an inescapable need for an emancipatory social change

JOSE GARCÍA-VALDECASAS CAMPELO

SERVICIO CANARIO DE SALUD (ESPAÑA) jose_valdecasas@hotmail.com

Licenciado en Medicina por la Universidad de La Laguna y especialista en Psiquiatría. Graduado en Filosofía por la UNED. Master en Psicoterapia Integradora por la Universidad de Alcalá de Henares y en Psicoanálisis por la Universidad de León. Autor de varios artículos en publicaciones especializadas. Coautor del libro *Postpsiquiatría* y del blog del mismo nombre.

AMAIA VISPE ASTOLA

SERVICIO CANARIO DE SALUD (ESPAÑA) amaia_vispe@hotmail.com

Graduada en Enfermería por la Universidad Pontificia de Comillas y especialista en Enfermería de Salud Mental, trabaja en el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife. Master en Psicopatología por la UNED y Experta en Intervenciones Sistémicas Breves por la Universidad de La Laguna. Autora de varios artículos publicados en revistas especializadas. Coautora del libro *Postpsiquiatría* y del blog del mismo nombre.

RESUMEN: La psiquiatría actual contribuye a configurar una cultura donde muchos malestares que podrían explicarse desde el punto de vista social son entendidos como problemas individuales subsidiarios de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Esta situación se sostiene claramente por los beneficios obtenidos por diversos agentes que participan en ella: beneficio en términos económicos para la industria farmacéutica, beneficios en términos de prestigio para los profesionales, beneficios en términos de desresponsabilización para pacientes o familias, etc. Sin embargo, consideramos que los perjuicios, tanto para los sujetos individuales atrapados en esta red, como para la sociedad en su conjunto, son terribles. Señalaremos ejemplos de cómo aparece la psiquiatría en medios de comunicación y obras de la cultura popular y nos plantearemos que algo deberíamos intentar hacer en busca de un cambio emancipatorio, tanto desde un punto de vista individual como social.

PALABRAS CLAVE: psiquiatría, cultura, industria farmacéutica, psicoterapia, cambio social.

ABSTRACT: Current psychiatry helps to shape a culture where many discomforts that could be explained from the social point of view are understood as individual problems that need pharmacological or psychotherapeutic treatment. This situation is clearly supported by the benefits obtained by various agents involved in it: economic benefit for the pharmaceutical industry, benefits in terms of prestige for professionals, benefits in terms of patients or families rejecting all responsibility, etc. However, we consider that the damages, both for the individual subjects caught in this network, and for society as a whole, are terrible. We will point out examples of how psychiatry appears in the mass media and works of popular culture and we will consider that something we should try to do in search of an emancipatory change, both from an individual and social point of view.

KEYWORDS: psychiatry, culture, pharmaceutical industry, psychotherapy, social change.

García-Valdecasas Campelo, José y Vispe Astola, Amaia.

“Despsiquiatrizando la cultura como necesidad ineludible para un cambio social emancipatorio”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 407-423.

DOI: 10.7203/KAM. 10.10650 ISSN: 2340-1869



INFLUENCIA DE LA PSIQUIATRÍA EN LA CULTURA, Y DE QUÉ CLASE DE PSIQUIATRÍA ESTAMOS HABLANDO

En este trabajo nos proponemos llevar a cabo un intento de análisis de la relación entre nuestra cultura occidental y la psiquiatría. Nuestra tesis es que existe una suerte de retroalimentación entre la psiquiatría actual, como conjunto de teorías y prácticas, y la cultura en la que vivimos, y que ambas se influyen mutuamente de manera estrecha. No ocultaremos que el objetivo último de este trabajo es formular, a través del estudio de la relación entre psiquiatría y cultura, una crítica a la psiquiatría actual como institución y disciplina. Cuando nos referimos a la psiquiatría actual, hablamos del paradigma hegemónico (aunque no exclusivo) que se autodenomina biológico, pero que se suele centrar en un enfoque exclusivamente neuroquímico en nuestra opinión demasiado simple para la complejidad que posee el cerebro humano: trastornos explicados en base a neurotransmisores cuya cantidad aumenta o disminuye. Junto a este enfoque biologicista perduran aún otros, por eso se ha planteado (García-Valdecasas et alli, 2016) que la psiquiatría se encontraría de hecho en una posición preparadigmática en el sentido de Kuhn (1975), donde ningún paradigma ha llegado a ser exclusivo, aunque haya habido varios que han sido preponderantes en un momento u otro, como pudo serlo el psicoanálisis en las décadas intermedias del siglo XX.

La psiquiatría ya desde dicho momento se fue estableciendo como un elemento más de la cultura popular (como decía en un episodio de la genial *Mad Men* Roger Sterling a Don Draper, ante el hecho de que las mujeres de ambos estuvieran yendo al psicoanalista: “la psiquiatría es el regalo de estas navidades...”). Corrían los primeros 60 y ya desde esa época podemos rastrear una cierta característica con la que la psiquiatría llega al espacio sociocultural: la sospecha, el misterio, la búsqueda de lo oculto a simple vista, lo que se encuentra en las profundidades... Con un estilo a lo Sherlock Holmes (y con similar querencia por las drogas), el pensamiento psiquiátrico juega a localizar significados ocultos, neurosis clandestinas, enfermedades sin tratar... Y lo que en esos tiempos ya lejanos del psicoanálisis es más una búsqueda de deseos, perversiones inconfesables o pecados de distinta índole, se va convirtiendo a lo largo de los años 80 y posteriores en una búsqueda esta vez de patologías concretas, en una obsesión enfermiza por analizar cualquier malestar psíquico, emocional o moral, en términos de enfermedad, de disfunción somática más o menos teorizada, de tara física a niveles ignotos (pero siempre próximos a ser descubiertos, aunque varias décadas después tales descubrimientos siguen sin llegar [Healy, 2015]). El Sherlock Holmes psiquiátrico, encuentra ahora *elemental* categorizar la tristeza como depresión, la ansiedad como fobia social, la rareza como autismo, las travesuras como TDAH, la variabilidad emocional como bipolaridad y la condición de ser humano como trastorno de la personalidad, entre otras lindezas... Esta psiquiatría contribuye a configurar una cultura donde muchos malestares explicables desde el punto de vista social, tales como la precariedad laboral, el paro de larga duración, la falta de vivienda o de los medios mínimos para subsistir con dignidad, la falta de recursos para personas dependientes o la misma soledad, son entendidos y afrontados como problemas individuales subsidiarios de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, sin prestar la debida atención muchas veces a los riesgos en forma de dependencias o efectos secundarios diversos. Esta problemática es explicada exclusivamente a

nivel del individuo: hipótesis nunca demostradas fehacientemente sobre sus excesos o déficits de neurotransmisores, o su biografía en edades tempranas, o su forma de procesar la información del entorno, o sus conductas o su dinámica familiar... Pero siempre sin levantar un ápice la mirada y plantearse (o dejar que la persona se plantee) si su situación social no será la principal causa de su malestar, en una cultura caracterizada por la competitividad y el egoísmo. La psiquiatría ofrece pastillas tranquilizadoras o terapias para, en última instancia, resignarse a su destino, impidiéndole intentar cambiar dicha situación social, a ser posible junto a otras muchas personas dañadas por las mismas circunstancias. Una psiquiatría tal configura una cultura donde se rehúyen los conceptos de voluntad, responsabilidad o libertad, quedando muchas conductas consideradas problemáticas (adicciones diversas, ludopatía, tal vez incluso el maltrato físico...) como ajenas al control del sujeto, pretendidamente determinadas por sus neurotransmisores, sus conflictos intrapsíquicos o cualquier otro enfoque que deje siempre desatendido el aspecto social y la responsabilidad/control del sujeto sobre sus propios actos y su propia vida.

Foucault estableció ya en su obra *Historia de la locura en la época clásica* (2006) que el gran encierro se produjo un par de siglos antes de que llegaran los médicos a los asilos de alienados. Sobre una mezcla heterogénea de locos, alcohólicos, criminales, adúlteras, demenciados o deficientes mentales, llegaron después los médicos, desarrollando sus clasificaciones, sus árboles botánicos con las *especies* de la locura... Poco podría esperarse de una clasificación hecha a partir de semejante material de investigación, pero ese es otro tema. El caso es que creemos que, en la actualidad, en esta interacción entre la psiquiatría y la cultura en que vivimos, este afán clasificatorio ha escapado del asilo y campa libremente por nuestra sociedad, atreviéndose a diagnosticar toda conducta que se salga de una normalidad imposible con los nombres de los más variopintos trastornos. Cualquier malestar, ya sea originado en una mismo o en los otros, queda fácilmente categorizado con un diagnóstico psiquiátrico tras el encuentro con un profesional.

PAPEL DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN TODO ESTO

Por supuesto, esta psiquiatría no nace hecha ni llega a ser como es y funcionar como funciona sin causa alguna. Hemos señalado, de forma aproximada, el momento del inicio de este estado de cosas en los años 80 del siglo pasado, en clara relación temporal con la aparición del *DSM-III*, manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980) que, a diferencia de sus dos discretas versiones previas, se convertía en arma de la entonces incipiente psiquiatría biológica, ya estrechamente asociada con la industria farmacéutica (García-Valdecasas, Vispe, 2011). También en estos años surgen los primeros psicofármacos de precios elevados que son propulsados a los primeros puestos en ventas y como iconos culturales, con el ejemplo paradigmático del *Prozac*. La industria farmacéutica, desde nuestro punto de vista, ha colaborado y sigue haciéndolo de forma clave en provocar y mantener este estado de cosas. Nos detendremos un poco en este punto.

Varios autores han señalado (Goldacre, 2013; Gøtzsche, 2014; De la Mata y Ortiz, 2003; García-Valdecasas y Vispe, 2015), que este paradigma biológico podría considerarse más

apropiadamente como “biocomercial”, dada la extraordinaria influencia que en su instauración y sobre todo mantenimiento tiene la industria farmacéutica, en busca de sus inmensos beneficios y a través de variados mecanismos. En primer lugar se podría señalar la influencia de la industria en cuanto a que es quien realiza gran parte de la investigación científica, especialmente en cuanto a los estudios sobre psicofármacos, con el consiguiente sesgo de publicación (ocultación de estudios con resultados negativos), manipulación de datos para favorecer determinadas conclusiones o firma por parte de autores de supuesto prestigio de trabajos que no han realizado. En segundo lugar se aprecia esta influencia en forma de marketing, ya sea directo sobre los médicos prescriptores, con generosos obsequios y patrocinios para actividades solo muy relativamente científicas, o bien sobre asociaciones de enfermos y familiares, que se convierten en voceros de cada novedad terapéutica, las cuales muchas veces no tienen mayor eficacia que fármacos más antiguos bien conocidos y, lo que es más preocupante, pueden acarrear efectos secundarios potencialmente peligrosos a veces ocultados incluso por la propias compañías farmacéuticas (Silva, 2013; Prozzi, 2004). La tercera pata de esta influencia de las corporaciones farmacéuticas sobre la psiquiatría actual es la clara dejación de funciones de las administraciones públicas que deberían controlar dichas industrias en relación -no lo olvidemos- con la salud de millones de personas, pero que tardan en reaccionar si lo hacen, ante las muchas irregularidades puestas al descubierto, con legislaciones más preocupadas por el secreto comercial y las patentes que por la vida y la salud de muchas personas.

Nos hemos detenido aquí porque consideramos que era importante. Nuestra cultura, planteamos, está claramente influenciada por (e influye en) la psiquiatría actual. Pero no entenderemos qué es y cómo funciona la psiquiatría actual más que indagando en profundidad por qué es como es. Y la respuesta es que la influencia de la industria farmacéutica en la psiquiatría es casi absoluta, aunque por suerte tampoco completa (Munárriz, 2016).

De todas maneras, para nada es la industria farmacéutica el único villano de esta historia. Realmente, ni siquiera el principal: la industria tiene como fin la obtención de beneficios económicos, como no podría ser de otra forma en el sistema económico en que vivimos. Otra cosa es que, en este afán de lucro, la ética brille por su ausencia. Pero aún más grave que la falta de ética de la industria farmacéutica es la connivencia de muchos profesionales sanitarios con ella. Conflictos de intereses cuya revelación nada soluciona (pues no es otra cosa que *confesar el pecado* sin el menor *propósito de enmienda*), de grandes líderes de opinión que salen en revistas científicas o incluso en medios de comunicación de masas anunciando nuevos remedios como si de feriantes se tratara (Europa Press, 2012), o incluso tratamientos para condiciones que en absoluto eran enfermedades hasta ese momento, como fue el caso paradigmático de la fobia social (Lane, 2011); conflictos de interés también del profesional de a pie, que a cambio de pequeños obsequios (no obstante, prohibidos por la Ley del Medicamento (BOE, 2006)) en forma de comidas, viajes o libros se deja influir en su prescripción. Y apuntando hacia más arriba, las administraciones sanitarias públicas encargadas de velar por el adecuado funcionamiento del sistema en cuanto a aprobación de nuevos fármacos, estudio y control de los ya aprobados, etc., realizan una negligente dejación de funciones, permitiendo legislaciones que autorizan un fármaco con estudios insuficientes tanto de eficacia como de

seguridad, consintiendo *manga ancha* a los laboratorios farmacéuticos a los que luego van a trabajar (mediante bien engrasadas *puertas giratorias*) muchos directivos de las mismas agencias públicas que se supone los controlan. Todo este entramado, conocido y notorio, para nada fruto de ninguna teoría de la conspiración, ha contribuido y contribuye de forma esencial en el cambio cultural que venimos señalando: una sociedad donde condiciones y situaciones que antes se consideraban variantes de la normalidad, son conceptualizadas ahora como enfermedades necesitadas de tratamiento, usualmente farmacológico. Ello provoca una desresponsabilización masiva, no solo sobre el control de las emociones consustanciales a los avatares de la vida, sino también sobre conductas voluntarias, como adicciones diversas, que escapan ya al control del sujeto según dice el *mantra* psiquiátrico y son excusadas por principio. Esta desresponsabilización se convierte en otro factor importante de mantenimiento de esta visión de la psiquiatría en nuestra cultura: podemos refugiarnos en nuestras depresiones para no actuar ante nuestros problemas; podemos exculparnos de educar deficientemente a nuestros hijos, porque su hiperactividad y distracción están en su cerebro; podemos gastarnos el dinero que no tenemos en máquinas tragaperras o casinos, porque sufrimos un déficit del control de los impulsos. Una clara ventaja a corto plazo que convierte a la psiquiatría en una herramienta de la máxima utilidad, aunque a medio y largo plazo el daño que termine por causar sea terrible. No solo por los múltiples efectos secundarios causados por los fármacos psiquiátricos, especialmente si son consumidos por períodos prolongados de tiempo, sino también por un cambio más social que individual, en el sentido de ir construyendo una sociedad donde nadie es culpable de lo que hace. Una sociedad donde la responsabilidad se diluye en un magma de neurotransmisores, infancias traumáticas, cogniciones desordenadas y otros conceptos más o menos parecidos. Una sociedad donde se considera casi imprescindible tener que acudir a un profesional a por una pastilla o una terapia para superar el duelo por la muerte de un ser querido o el abandono por parte de la persona amada.

FUNCIONAMIENTO DE LA PSIQUIATRÍA COMO DISCURSO NARRATIVO DE CONTROL SOCIAL Y NO COMO DISCURSO CIENTÍFICO: REFLEXIONES DESDE DE SHAZER, LYOTARD Y FOUCAULT

Volvamos un momento a Sherlock Holmes, siguiendo a Steve de Shazer (De Shazer, 2009), como metáfora de cómo somos vistos los psiquiatras y profesionales *psi* en general por la sociedad y cómo nos han hecho creer que es nuestra profesión: el profesional bajo el estilo Sherlock Holmes es el prototipo de científico moderno (con esa confianza ciega en el relato científico que la postmodernidad se encargó de socavar), con su conocimiento especializado en acontecimientos o modelos similares, su lógica, su capacidad de observación, su habilidad para perseguir la verdad firmemente y su capacidad para diferenciar entre pistas y ardidest distractores, con su propio lenguaje no apto para no iniciados, lleno de misterio y poder. El psiquiatra, cual Sherlock Holmes, reúne pruebas e indicios para luego interpretarlos lógicamente e inferir “la verdad” a la que nadie más llega. El estilo Sherlock Holmes solo funciona cuando el profesional ha conseguido ignorar los engaños y se ha concentrado en las claves adecuadas. Este es aún el estilo bajo el que se conducen la mayoría de profesionales de la psiquiatría, estilo fundamentado en la idea de que la psiquiatría es una ciencia

pura similar a la física o la matemática. Sin embargo, el carácter muy escasamente científico de la psiquiatría, al menos en comparación con las ciencias naturales, invalida y vuelve disfuncional este estilo *holmesiano*.

Recurriremos ahora a Lyotard en *La condición postmoderna* (Lyotard, 2006), con el que podríamos decir que por un lado hay un discurso científico psiquiátrico que configura un determinado saber, una disciplina y, por otro lado, un dispositivo que ejerce determinado poder, desde un enfoque ético y político determinado. Lyotard marca una diferencia entre saber científico y narrativo y, a partir de ahí, creemos que se puede afirmar que la psiquiatría posee tal vez un saber que es esencialmente narrativo, aunque pretende presentarse como científico, al menos en nuestra cultura que es desde donde analizamos el fenómeno. Lo que a su vez provoca determinadas consecuencias a la hora de la aplicación práctica de la disciplina, tanto sobre personas individuales como influyendo en la configuración de la misma sociedad en la que funciona. En nuestra cultura, no es el mismo poder el que se reconoce a un discurso científico que a uno narrativo. Tal vez si se revelara que el verdadero estatuto del saber psiquiátrico no es el de la ciencia, no sería tan grande el poder del que dispondría a la hora de ejercer sus funciones de control social. Funciones que se ejercen tanto sobre la conducta desorganizada del llamado enfermo mental como sobre el potencial reivindicador de los sujetos inmersos en circunstancias socioeconómicas y políticas que la misma psiquiatría transustancia en malestares individuales, con la consiguiente colaboración al mantenimiento del *statu quo*. Desde este punto de vista, el saber psiquiátrico podría estar (de hecho, se podría considerar que lo está ya) al servicio de un sistema político y social injusto, desempeñando una función de control y anestesia del malestar, apaciguando posibles ansias emancipadoras (o revolucionarias) al situar en lo individual, donde se agota en sí mismo, el descontento originado realmente en lo social.

Tras Lyotard, haremos ahora unos comentarios sobre el estudio foucaultiano de la locura. Foucault (Foucault, 2005; Foucault, 1990) afirma haberla estudiado para mostrar cómo, mediante ese extraño discurso, se hace posible un cierto tipo de control de los individuos tanto dentro como fuera de los asilos. Nuestro autor abordó este tema en *La historia de la locura en la época clásica, El poder psiquiátrico o Tecnologías del yo*. En nuestra opinión y a partir de estas lecturas, el dispositivo psiquiátrico tal y como existe en nuestra sociedad, se ampara en un supuesto saber, una ciencia que no deja de ser un cierto “juego de verdad” mucho más cercano a la subjetividad de las ciencias del espíritu que a la mayor objetividad (nunca completa, por supuesto) de las ciencias naturales. A partir de dicho saber se desarrollan unas tecnologías de poder y unas tecnologías del yo. La psiquiatría plantea una relación entre psiquiatra y paciente que es básicamente de dos tipos: el paciente es un “loco” sobre el que se ejerce un dominio que pretende controlar su conducta (con el encierro en el asilo clásico o con el tratamiento tranquilizador dispensado en las consultas modernas), o bien el paciente es un “ cuerdo” preso de ansiedades y depresiones diversas, sobre el que se ejerce un dominio diferente, buscando su consuelo, su anestesia, su resignación, evitando así que malestares muchas veces de causa social sean vistos como tales, aplacándolos hacia expresiones exclusivamente individuales. Desde nuestro punto de vista, la tecnología de poder clásica de “control del loco” que con tan gran acierto describió Foucault se ha visto en las últimas décadas acompañada de la tecnología

de poder de “consuelo del triste y el ansioso”, desviando todo un caudal de malestar social a cauces de tranquilización individuales (ya sea con psicoterapias o fármacos de diversos tipos).

Sin dejar todavía a Foucault, hemos hablado ya con cierto detalle del papel de la industria farmacéutica y los tratamientos psicofarmacológicos en la psiquiatría actual y, por extensión, en nuestro contexto socio-cultural. Pero hay otro aspecto del tratamiento psiquiátrico-psicológico que es la psicoterapia, de la que también queremos decir unas palabras. Partiendo de este punto de vista del pensamiento foucaultiano, planteamos la idea de que la psicoterapia sería una cierta tecnología del yo por la cual el sujeto lleva a cabo toda una serie de cambios en sus pensamientos, afectos o conductas, bajo la dirección de un terapeuta. Creemos que existe en nuestra cultura la idea extendidísima y aceptada casi de forma acrítica de que “expresar / confesar / no guardarse los problemas / preocupaciones / traumas... es bueno / necesario / imprescindible... para estar bien / ser feliz / realizarse uno mismo...”. Tal vez pueda leerse esta idea como un *meme* porque se transmite de persona a persona, de generación en generación, e impregna nuestras manifestaciones artísticas más diversas, en cine, literatura, televisión, etc. Si tienes un problema que te preocupa, es imprescindible o, en todo caso, muy útil, que lo hables con un *psiquiatra / psicólogo / psiloquesea* para *desahogarte / elaborarlo / superarlo*. Podríamos hipotetizar que tal *meme* se origina posiblemente en los inicios del siglo XX y en relación con el extraordinario auge del psicoanálisis, o tal vez fuera al revés y fue el psicoanálisis el que surgió tras el citado *meme*. El caso es que se extiende poco a poco la idea de que hay que hablar de los problemas para solucionarlos o superarlos. Nos parece que en otras culturas o en épocas previas a la nuestra, dicho *meme* no existía. Tal vez en la época de nuestros abuelos y bisabuelos, el *meme* dominante fuera algo así como “no hables de tus problemas, resígnate a ellos y sigue adelante”. Y la cuestión es que nada parece indicar que las personas que vivieron en esas épocas y esas culturas fueran necesariamente más *desgraciados / infelices / enfermos* que nosotros. Al contrario, parece que cada vez se soporta menos cualquier dolor, frustración o malestar y enseguida necesitamos un *experto* que nos dé un remedio para aliviarnos, porque no somos capaces (o creemos no serlo) de salir adelante por nuestros propios medios personales y la ayuda de nuestros propios apoyos sociales.

Evidentemente, una vez instaurado el *meme* de que “hablar es bueno”, la gente inmersa en dicha cultura siente la necesidad de hablar y corre el riesgo de sentirse mal si no habla. Pero tal vez la eficacia de las psicoterapias tenga más que ver con la profecía autocumplida de esta idea cultural que con una realidad más o menos objetivable. Una especie de placebo para toda una cultura, por así decirlo.

Este entramado que la psiquiatría dominante forma con y en la cultura de nuestro tiempo, como dispositivo de control social en los diversos aspectos que hemos comentado, acaba colaborando, en nuestra opinión, al mantenimiento del *statu quo* sociopolítico. El malestar originado en lo social se trata solo en lo individual (o familiar a lo sumo), con tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas que terminan por conducir a un cierto *adormecimiento*. Aunque esta descripción de la psiquiatría no deja de ser una generalización, se nos plantea la pregunta de si, con un dispositivo

semejante, hubiera habido manera de tomar la Bastilla o asaltar el Palacio de Invierno, en busca de un mundo mejor (con éxito o sin él, porque eso ya es otra cuestión).

LA PSIQUIATRÍA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS

Tras este planteamiento teórico que hemos querido desarrollar, más hipótesis que certezas, detengámonos ahora en algunos ejemplos de esta influencia de la psiquiatría en la cultura que habitamos y, por supuesto, viceversa. Podemos señalar por un lado distintas apariciones en los medios de comunicación de masas y, por otro, manifestaciones artísticas de distinta índole que reflejan, con mayor o menor distorsión, lo que nuestro contexto socio-cultural entiende por psiquiatría o por locura.

Diremos primero que, a pesar del predominio del paradigma que hemos denominado biocomercial, resisten cual *aldea gala* otros planteamientos más o menos críticos: desde tenaces reductos psicoanalíticos hasta enfoques más críticos, en busca de una cierta *postpsiquiatría* (Bracken y Thomas, 2005) y tal vez crecientes. Por ello, se observa una cierta dicotomía en las apariciones de la psiquiatría en los medios o la ficción, una lucha no del todo soterrada entre visiones contrapuestas de las figuras del *psiquiatra*, el *loco*, el *depresivo*, la *medicación* o la *psicoterapia*, entre otras.

Evidentemente, en los medios de comunicación encuentra más sencillo acomodo el pensamiento más oficial: el autodenominado biologicista, bien engrasado por la industria farmacéutica como ya hemos visto. Grandes líderes de opinión de la psiquiatría española escriben con cierta asiduidad en medios de comunicación de masas, muchas veces aprovechando el lanzamiento de supuestas novedades terapéuticas. Ejemplos tenemos en el Dr. Jerónimo Sáiz, entonces presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, predicando las bondades de un fármaco para la esquizofrenia (Europa Press, 2011) y defendiendo su ausencia de efectos secundarios (aunque no era eso lo que afirmaba la ficha técnica oficial del fármaco (Agencia Europea de Medicamentos, 2015)). O también en el Dr. Eduard Vieta, por poner otro ejemplo, quien defendía los beneficios superiores de un nuevo fármaco para el trastorno bipolar, beneficios que los estudios no habían encontrado por ningún lado (Vispe, García-Valdecasas, 2012). Mención aparte hay que hacer de comentarios de otros profesionales, también de supuesto prestigio, achacando crímenes terribles a la supuesta locura y mal funcionamiento cerebral de sus autores (De la Gándara, 2012). Este argumento sobre la peligrosidad del enfermo mental no solo es falso y estigmatizante (Vispe, García-Valdecasas, 2012b) sino que ignora la diferencia entre locura como categoría clínica y maldad como categoría ética, haciendo desaparecer la libertad y la responsabilidad humanas frente a un juego de equilibrios químicos cerebrales. Otros ejemplos tenemos en la aparición de noticias sobre el diagnóstico de TDAH, donde se transmite información supuestamente científica que confirma la existencia de tal trastorno y la necesidad de dar a los niños medicaciones de eficacias dudosas y efectos secundarios desconocidos a largo plazo: supuestos hallazgos de la causa genética del TDAH (Lantigua, 2010), que no demuestran ser tales tras una lectura rigurosa (Vispe, García-Valdecasas, 2010), publirreportajes disfrazados de información (Heras, 2011) para expandir el diagnóstico, frente a análisis serios y

rigurosos, muchas veces denostados (Vispe, García-Valdecasas, 2011; García de Vinuesa et alli. 2014). Hay también profesionales críticos que intentar hacerse oír, pero son pocos y su impacto mediático es escaso (Ortiz, 2013; Plataforma Nogracias; Moncrieff, 2013).

En los medios de comunicación asistimos a una cierta batalla por una psiquiatría no medicalizadora. Una psiquiatría que no invada cualquier aspecto de la vida humana que se salga mínimamente de una inalcanzable normalidad, ya sea la tristeza, la timidez o la actividad infantil. Pero esta batalla, tememos, está perdida. Hemos asistido a campañas publicitarias de gran repercusión que pretendían, supuestamente, luchar contra el estigma de la esquizofrenia bajo patrocinio del laboratorio farmacéutico Janssen, con la aprobación –lamentable- de las principales asociaciones profesionales de psiquiatría del país, y que realmente no era otra cosa que una campaña de promoción de una visión exclusivamente biologicista, sesgada e irrespetuosa de la enfermedad (Asociación Madrileña de Salud Mental, 2014).

Desde este punto de vista, la psiquiatría biocomercial hegemónica va influyendo en la cultura, colaborando en difundir una visión absurda de la psiquiatría como remedio de todos los males, como si los seres humanos no fuéramos diferentes unos de otros y nuestras emociones no variaran más arriba o más abajo de un equilibrio neutro. Evidentemente, no excluimos que hay determinados casos donde la conducta, las emociones o los pensamientos llegan a suponer una patología, por sufrimiento o riesgo del propio paciente la mayor parte de las veces, y ahí es necesario actuar. Pero son probablemente un porcentaje de casos bastante limitado del total que pretende abarcar en nuestro ambiente sociocultural el dispositivo psiquiátrico actualmente existente. Con el agravante, además, de que tal dispersión de recursos en atender a personas que no lo precisarían, con poca eficacia y riesgos evidentes de efectos secundarios o dependencias diversas, supone a su vez una gran escasez de recursos para las personas que sí requerirían y se podrían beneficiar de nuestra ayuda profesional.

LA PSIQUIATRÍA EN ALGUNAS OBRAS CULTURALES DE CONSUMO MASIVO

En otro orden de cosas, la psiquiatría se manifiesta en multitud de obras artísticas, de mayor o menor calidad. En nuestra opinión, estas manifestaciones son muchas veces más sinceras, en el sentido de que dentro de diversas obras de ficción la aparición de elementos del dispositivo psiquiátrico, por un lado nos muestra cómo son vistos estos elementos por el público y, por otro, influye a su vez en que dicho público vea esos elementos de esa manera. Sin el menor ánimo de ser exhaustivos señalaremos algunos ejemplos que creemos de interés. También aquí se observa cierta dicotomía: por un lado hay obras donde la psiquiatría tiene una clara connotación positiva, muchas veces en el sentido de sucesos horribles que le ocurren o realizan personas que no se toman la medicación que se les ha prescrito por diversos diagnósticos; por otro lado, se muestra con frecuencia la inutilidad o incluso riesgo inherente a tratamientos y psicoterapias, revelando la psiquiatría como una actividad en el mejor de los casos inútil, peligrosa en el peor. Nos detendremos en algunos ejemplos.

En la serie *Los Soprano*, vemos como el gran protagonista que es Tony va durante años a una psiquiatra a recibir sobre todo psicoterapia por unas crisis de ansiedad más que lógicamente relacionadas con su actividad profesional (y no nos referimos a la gestión de residuos). La impresión que nos transmite es que tal terapia es no solo inútil sino que fomenta en él, como tantas veces en casos reales, una dependencia respecto a esas sesiones de terapia, a las que queda casi “enganchado”.

En los cómics y películas de *Batman*, es frecuente la aparición del psiquiátrico de *Arkham* como destino de los peores supervillanos, locos por tanto en mayor o menor medida. Sin embargo, el personal y sobre todo los psiquiatras que trabajan en tal centro (el Dr. Crane, alias el Espantapájaros en *Batman Begins* (38), o la Dra. Quinzel, alias Harley Quinn en *Suicide Squad*) para nada gozan de más cordura que los ingresados. Incluso el propio *Batman* sería un serio candidato a ingresar en *Arkham*, como le dijo el Joker una vez: “Y nunca lo olvides... si las cosas se ponen demasiado duras... siempre habrá un lugar aquí para ti” (Morrison y McKean, 1989). Más allá de la lectura superficial estigmatizante del malvado como loco habría otra, en nuestra opinión, de la locura como inherente a la naturaleza humana y claramente relacionada con la genialidad, ya sea del lado del mal o del bien. Nada parece aportar la psiquiatría en este relato, sino es más locura aún. No hay noticia de que ningún paciente de *Arkham* haya sido dado de alta por curación (excepto el Joker en *Batman: The Dark Knight Returns* (Miller, 1986), pero ya sabemos con cuántos muertos acabó aquello, incluido el ingenuo psiquiatra Dr. Wolper).

En la serie *Prison Break*, en su primera temporada aparece como personaje secundario un paciente psicótico (con mucha cara de paciente psicótico para que no haya ninguna duda). Durante el tiempo que no toma su medicación es un hombre extraño y un tanto impredecible pero con la genial capacidad de encontrar patrones a partir del caos, como en concreto en los intrincados tatuajes del protagonista. Luego toma obedientemente sus pastillas y vemos una persona atontada y prácticamente anulada, incapaz de cualquier actividad mental digna de ese nombre. Tras abandonar de nuevo la medicación, vuelve la imprevisibilidad pero también la inteligencia suficiente para incorporarse al plan de fuga a última hora. El mensaje es interesante porque revela una idea que creemos frecuente en nuestra cultura: “tómate la medicación para no molestar a los demás, aunque te quedas atontado y babeante”.

Aunque no es reciente, *Un mundo feliz* de Huxley es posiblemente una de las obras que contribuyeron a forjar nuestra cultura tal como es ahora: ese mundo de clases perfectas donde cualquier malestar desaparecía al instante al ingerir el “soma”, droga de la felicidad de eficacia demostrada y ausencia de efectos secundarios. Se ha comparado repetidamente a la medicación psiquiátrica con el soma, pero la comparación es falaz: nuestros fármacos, por desgracia, carecen de semejante eficacia y sí poseen en cambio largas listas de efectos secundarios.

Deteniéndonos en otras obras del siglo XX, de las que nos separan ya décadas y que no podrían ser más diferentes en apariencia, como son *La náusea* de Sartre (44) o las historietas de *Zipi y Zape* de Escobar, observamos una semejanza: en ambas se describen comportamientos o emociones fuera de la norma aceptada, ya sean la angustia vital y existencial de Roquentin o las cansinas travesuras de

los hijos de D.Pantufflo, que no son vistos como enfermedades ni nadie piensa (ni los autores ni los lectores de su época) que impliquen recurrir a un psicólogo o un psiquiatra a por benzodiazepinas para los ataques de pánico o por anfetaminas para estar tranquilos en clase. Hace ya quince años que algún psiquiatra infantil nos comentaba que Calvin, el chaval lleno de imaginación de la tira cómica *Calvin y Hobbes* era en realidad un TDAH. A nosotros siempre nos había parecido un niño. Estas heterogéneas obras muestran, no solo la evolución que el pensamiento psiquiátrico ha provocado sobre nuestra cultura, sino también que el saber popular muestra aún alguna resistencia ante ese pensamiento solo supuestamente científico. Quien hoy lea *La náusea* o historietas de *Zipi y Zape* por primera vez, dudamos de que sea capaz de despachar la incomodidad ante la angustia inefable o la sonrisa ante el humor infantil con un simple consejo de *acuda a su médico*.

La psiquiatría actual, y ya desde hace unas décadas, vende la idea de que toda emoción, pensamiento o conducta humanos está en relación con la actividad cerebral, básicamente a nivel de neurotransmisión. La psiquiatría sería, epistemológicamente, reducible a las neurociencias y poco o nada tendrían que añadir a la explicación neurocientífica de tales emociones, pensamientos y conductas la filosofía, la antropología o la sociología. Y mucho menos la poesía o la literatura, por supuesto. A propósito de esto, vayamos a nuestro siguiente ejemplo: la mítica saga de *Star Wars*. En la trilogía original de finales de los 70 y primeros 80 (*Episodio IV - Una nueva esperanza*, *Episodio V - El imperio contraataca* y *Episodio VI - El retorno del Jedi*) cuando se habla de la Fuerza, esta parece una especie de energía mística, de resonancias panteístas, con un lado luminoso y un lado oscuro, un concepto más cercano a la religión y a la magia que no a toda la ciencia que mueve naves espaciales a lo largo y ancho de la galaxia. En este momento no se había producido la que hemos considerado eclosión de la psiquiatría biocomercial, a partir de mediados de los 80, aproximadamente. Cuando Lucas hace (¿perpetra?) el *Episodio I - La amenaza fantasma*, explica la *Fuerza* como una energía que impregna el cosmos en base a unos minúsculos microorganismos que habitan en los seres vivos (a más microorganismos más *Fuerza*, se supone): los nefastos “midiclorianos”, que pueden incluso detectarse por medio de un análisis. Nos encontramos a mediados de los 90 con nada más y nada menos que la explicación biologicista de la *Fuerza*. Es imposible a veces diferenciar causas y efectos, pero no nos parece que Lucas estuviera en connivencia con la psiquiatría oficial y la industria farmacéutica para deslizar esta idea y cargarse así uno de los mejores conceptos de la saga, sino que recogió, posiblemente sin ser consciente de ello, el signo de los tiempos que ya habían llegado: todo en el universo y en el ser humano, hasta lo más metafísico, es explicable exclusivamente desde una ciencia que lo abarca todo: se acabó la poesía. Lo siguiente hubiera sido explicar el amor de Leia y Han en base a la cantidad de *enamoridianos* que compartieran... Y sin embargo, como dijimos antes, la visión de la psiquiatría actual no es para nada hegemónica en la ficción de masas de nuestros días. Solo hace un año del estreno del *Episodio VII - El despertar de la Fuerza*, que continúa la saga y ha desaparecido cualquier referencia a “midiclorianos” ni a cosa parecida, siendo la *Fuerza* más misteriosa y esotérica que nunca. Hay, tal vez, una nueva esperanza.

Un ejemplo más, ahora en relación con la psicoterapia. En la serie *En terapia* vemos episodios que son auténticas sesiones durante las cuales un atribulado Gabriel Byrne intenta ayudar a distintos pacientes. En la primera temporada, a pesar de que se comporta como un profesional competente y conocedor de su oficio, que incluso acude a supervisión regular como mandan los cánones, los resultados no pueden ser más desalentadores: se intenta acostar con una paciente, impidiéndoselo solo una crisis de angustia en el último momento, se suicida otro paciente, se divorcia una pareja que se suponía había ido a terapia a intentar evitarlo y una adolescente llena de problemas sigue con su adolescencia y todos sus problemas. El mensaje es claro: la psicoterapia para estas personas ha sido o inútil o desastrosa. Entiéndase que no queremos decir que la psicoterapia profesional siempre sea así (aunque creemos que en muchas ocasiones lo es), sino que tratamos de captar qué resuena en nuestra cultura acerca de ello.

Por poner algún ejemplo más, el libro *El cuerpo humano*, de Paolo Giordano (2013), narra la situación de unas personas atrapadas en una situación de guerra que para nada controlan. Uno de ellos toma un antidepresivo a raíz de problemas y dolores más que propios de la vida, a nivel de familia y desamor, y lo toma buscando conscientemente la anestesia emocional que le causa, nada que ver con la felicidad o la recuperación. Hasta que se harta de no sentir y lo deja. Y vuelve a sentir el dolor y a sentir la vida.

Estas manifestaciones culturales que hemos comentado, solo a título de ejemplo e incidiendo en obras de consumo masivo, son metáforas que nos revelan un cierto trasfondo. Por un lado, la visión científica de la psiquiatría parece haber triunfado: todo el mundo considera que su “depresión” está en relación con la disminución de su serotonina, a pesar de editoriales en publicaciones científicas del mayor prestigio desmintiendo semejante bulo (Vispe y García-Valdecasas, 2015), todo el mundo considera que los neurocientíficos han hecho multitud de descubrimientos en el cerebro que han hecho avanzar la psiquiatría en las últimas décadas (pero las cifras de trastornos mentales no hacen sino aumentar [Whitaker, 2015]). Por otro lado, sin embargo, no parece que la opinión del público en general sea así de favorable a la visión de la psiquiatría como práctica: en multitud de obras aparecen psiquiatras como personas patéticas, inútiles o directamente malvadas, o bien tratamientos que muchas veces son perjudiciales o cuyos beneficios no compensan el daño temporal o definitivo que causan. De todas maneras, esta visión tampoco es exclusiva, también tenemos ejemplos de lo magnífica que es la práctica psiquiátrica como en la lamentable rendición de nuestro querido *Dr. House* a la toma de antidepresivos tras provocar inintencionadamente el suicidio de un hombre al convencerle de que abandonara su *salvadora* medicación psiquiátrica. Sin embargo, sí nos parece que es importante y que está en aumento esa visión de la práctica psiquiátrica como algo poco de fiar y de lo que a lo mejor es preferible mantenerse alejado. En cierto sentido, la cultura, pese a los intentos de la psiquiatría oficial, sigue chivándose de que algo en la psiquiatría no funciona.

CONCLUSIONES ÉTICAS Y POLÍTICAS

Desde nuestro planteamiento, aquí hay sin duda un combate que librar, un combate que, de hecho, se está librando ya: un mensaje triunfalista y absolutamente medicalizador de muchos *grandes profesionales* de la psiquiatría aconsejando a la gente que ante cualquier dificultad vital (duelo por la muerte de un ser querido, desengaños amorosos, niños que no atienden bastante en clase, situaciones económicas dramáticas...) acuda a su centro de salud mental a por sus pastillas o por su terapia. Enfrente, mensajes mucho menos difundidos de otros profesionales que abogan por resituar esa demanda en el espacio personal o social, pero no en el médico, por no tener además posibilidad de solución sin riesgo de males mayores en dicho espacio. Un combate que se libra también soterradamente en las más variadas obras de ficción entre visiones antagónicas en nuestra cultura de la utilidad o riesgos de la actividad psiquiátrica. En esta lucha lo único que podemos hacer, desde un punto de vista crítico, es proporcionar munición a las tropas amigas, munición sobre los peligros de esta psiquiatría biológica a todos los niveles y de las alternativas posibles a la misma.

Se nos podrá acusar de alarmistas, pero creemos que tales peligros son muy reales: riesgos claros de efectos secundarios de los fármacos psiquiátricos usados muchas veces durante largos períodos de tiempo, dependencia tanto física como psicológica de esos fármacos y clara dependencia psicológica muchas veces de algunas psicoterapias. Psicoterapias que insisten supuestamente en “devolver la responsabilidad al paciente” cuando tal vez sería preferible que no se le quitara tal responsabilidad por el hecho de estar en terapia, es decir, bajo la autoridad explícita o implícita de un supuesto experto que sabe mejor que él o ella cómo debería vivir su vida y va a intentar hacérselo ver. Esta psiquiatrización y psicologización del malestar vital cobra especial virulencia contra las mujeres: en nuestra cultura, aún claramente machista a pesar del esfuerzo de muchos por hacer ver que el machismo está superado (lo cual es la mejor manera de asegurarse de que nunca lo llegue a estar), son las mujeres quienes con más frecuencia son catalogadas de *depresivas, neuróticas, trastornos de personalidad*, etc. Y ello ante dificultades vitales muy frecuentemente mayores a las de los varones: más paro, menores sueldos, mucha más carga como cuidadoras familiares, muchísimas más posibilidades de ser víctimas de acosos, abusos o agresiones, etc...

Además de todo esto, y lo hemos comentando en relación a las referencias a Lyotard y Foucault, nos parece que hay una gran repercusión en lo social, en nuestra cultura. Estamos configurando un contexto donde cualquier dolor consustancial a la vida (que, a veces, duele mucho) parece requerir un profesional y un remedio, del tipo que sea. Un contexto socio-cultural marcado, en nuestra opinión, no tanto por una *escasa tolerancia a la frustración*, como suele decirse desde círculos profesionales ante la demanda imparable de atención psiquiátrica o psicológica, sino más bien por un engaño masivo que lleva a la gente a pensar que su malestar debe ser atendido desde un enfoque médico, con el consiguiente beneficio económico de las empresas farmacéuticas que venden sus productos y de algunos profesionales que ven acrecentado su supuesto prestigio y su importancia social. Lo que además provoca este dispositivo psiquiátrico y su influencia en nuestra cultura es un desplazamiento desde lo que debería manifestarse como un claro descontento social hacia un contexto exclusivamente individual. Gentes destrozadas por una crisis económica que no han provocado pero que sufren, mientras los individuos que sí la provocaron no la sufren en absoluto, gentes que han perdido o van a

perder sus empleos, sus casas, sin dinero suficiente para vivir con dignidad, sin expectativas de mejoría para ellos mismos o sus hijos... Gentes que son encaminadas a servicios de salud mental, a contar sus penas a profesionales que no pueden hacer otra cosa que intentar *adormecer* tanto dolor a base de medicamentos o escuchas, un *adormecimiento* que, aunque alivie momentáneamente, lo que provoca es que no se busque la solución donde se originó el problema: en un orden social injusto, un desigual reparto de la riqueza, una distribución surrealista de la carga impositiva, en definitiva, en un sistema montado para que los ricos y poderosos lo sean cada vez más, mientras las clases bajas y los que se esfuerzan en creerse clase media, estemos cada vez más hundidos y más aterrados de perder lo que todavía nos queda... En este contexto, todo ese dolor e indignación es encaminado hacia enfoques individuales que promueven la anestesia y la resignación, en vez de hacia un enfoque social, en busca de unirse a tantas personas que sufren, que sufrimos, por los mismos males y las mismas injusticias. La psiquiatría influye en la cultura colaborando a crear un dispositivo de control social y mantenimiento del orden establecido, frente al que solo cabe intentar luchar, asumir la propia responsabilidad y creer en la propia libertad, desarrollando lo que podríamos denominar, por anacrónico que suene, una auténtica *conciencia de clase*, que nos lleve a darnos cuenta de que no estamos solos en nuestro dolor, que somos muchos, y que tenemos un poder que ni imaginamos si nos unimos. Aunque para eso haya que salir de las consultas y marchar juntos por las calles.

Por incluir una última referencia artística, en las historias del superhéroe *Spiderman*, ya sea en los cómics o en las distintas películas del personaje, es central para el argumento el mensaje: “un gran poder conlleva una gran responsabilidad”. Spiderman lo aprendió de la forma más dura, cuando su tío murió a manos de un ladrón que él no se había molestado en detener cuando pudo hacerlo. La culpa fue la motivación principal desde entonces del personaje. La psiquiatría actual debería también tomar nota de que *un gran poder conlleva una gran responsabilidad*. Pero debería, en nuestra opinión, renunciar a gran parte de ese poder, sobre todo el ejercido sobre los pacientes que llamaríamos “locos”, para respetar su libertad y sus decisiones, aunque pudieran parecerse equivocadas... Respetar el derecho a vivir sus vidas, a autogestionarse, a elegir los parámetros de su recuperación. Ayudar sin imponer el propio punto de vista. Y la psiquiatría debería también renunciar a toda la responsabilidad que se arroga sobre las vidas de los “no locos” que se empeña en atender.

Esta psiquiatría debe ser superada si queremos sostener un punto de vista emancipatorio para el individuo y para la sociedad en su conjunto: una reafirmación de la responsabilidad, sin miedo a la noción de culpa, apoyada en una libertad individual que asuma sus elecciones pero que no pierda de vista la condición del ser humano como *animal social*, y las repercusiones éticas que ello debería conllevar. No pretender curar lo que no es una enfermedad, sacar del ámbito médico lo que debería dirimirse en el político y no circunscribir a lo individual lo que son problemáticas sociales que solo en la sociedad y de formas colectivas podrán encontrar solución. O no, pero al menos habrá que intentarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS. *Ficha técnica Xeplion (palmitato de paliperidona)*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington DC: APA.
- ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL. “Información sobre la esquizofrenia, campaña antiestigma y marketing encubierto: acerca de la web esquizofrenia24x7”. Blog *AMSM* (5/1/2014).
- BOE. *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. BOE 178, de 27/07/2006.
- BRACKEN P. y THOMAS P. (2005). *Postpsychiatry*. Oxford University Press.
- DE LA MATA I., ORTIZ A. “Industria farmacéutica y psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 23/86 (2003): 49-71.
- DE LA GÁNDARA, J. “Neurobiología de un asesinato masivo”. *ElMundo.es* (15/12/2012).
- DE SHAZER, S. (2009). *En un origen las palabras eran magia*. Madrid: Gedisa.
- EUROPA PRESS. “Janssen lanza ‘Xeplion’, un medicamento de administración mensual contra la esquizofrenia”. *Informativotelecinco.com* (28/11/2011).
- EUROPA PRESS. “Lundbeck presenta Asenapina, un fármaco “de más rápido efecto” en los enfermos de trastorno bipolar tipo 1”. *Infosalus* (16/2/2012).
- FOUCAULT, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Ediciones Akal.
- FOUCAULT, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica, tomos I y II*. Editorial Fondo de Cultura Económica de España.
- GARCÍA DE VINUESA F. GONZÁLEZ PARDO H. y PÉREZ ÁLVAREZ M. (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- GARCÍA-VALDECASAS J., VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS V. y HERNÁNDEZ M. “¿Hacia un nuevo paradigma en Psiquiatría?”. *Norte de salud mental* XIV/ 55 (2016): 20-30.
- GARCÍA-VALDECASAS J., VISPE A. “Mercaderes en el Templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31/110 (2011): 321-341.
- GARCÍA-VALDECASAS J., VISPE A. “La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica”. *Norte de salud mental* XIII / 52 (2015): 33-43.
- GIORDANO, P. (2013). *El cuerpo humano*. Salamandra.

- GOLDACRE, B. (2013). *Mala Farma*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GØTZSCHE P. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los libros del lince.
- HEALY, D. “Serotonin and depresión”. *British Medical Journal* 350 (2015):h1771.
- HERAS, J. “Mi hijo no atiende”. *El País Semanal* (8/5/2011).
- HUXLEY, A. (2014). *Un mundo feliz*. Madrid: Editorial Debolsillo.
- KUHN T.S. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico: FCE.
- LANE, C. (2011). *La timidez*. Zimmerman Ediciones.
- LANTIGUA, I. “El trastorno de hiperactividad tiene un origen genético”. *ELMundo.es* (18/11/2010).
- LYOTARD, J.F. (2006). *La condición postmoderna* 4ª ed. Madrid: Cátedra.
- MILLER, F. (1986). *Batman: The Dark Knight Returns*. Estados Unidos. DC Comics.
- MONCRIEFF, J. (2013). *Hablando claro: una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial.
- MORRISON G y MCKEAN D. (1989). *Arkham Asylum: A Serious House on Serious Earth*. Estados Unidos. DC Comics.
- MUNÁRRIZ, M. “Cambio de régimen, cambio de paradigma”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 36/130 (2016): 293-296.
- ORTIZ, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5.
- PROZZI, G.R. “El retiro del rofecoxib: una historia para reflexionar”. *Rev Arg Anest* 62/ 5(2004): 327-328.
- SARTRE J.P. (2011). *La náusea*. Madrid: Alianza Editorial.
- SILVA AYÇAGUER, L.C. “La industria farmacéutica y los obstáculos para el flujo oportuno de información: consecuencias para la salud pública”. *Revista Cubana de Salud Pública* 37/5 (2011).
- VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS J. “Hallazgos en TDAH: ¿genética alterada o interpretación interesada?”. *Blog postPsiquiatría* (13/10/2010).
- VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS J. “Déficit de atención (y sesgo de información)”. *Blog postPsiquiatría* (13/5/2011).
- VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS J. “Buscando razones para prescribir asenapina (SYCREST)”. *Blog postPsiquiatría* (1/3/2012).
- VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS J. “A propósito de neurobiología, asesinatos en masa y dudas que nos gustaría que nos aclarasen”. *Blog postPsiquiatría* (18/12/2012b).

VISPE A., GARCÍA-VALDECASAS J. “Serotonina y depresión: el marketing de un mito (editorial del BMJ, por D.Healy, traducido por NoGracias)”. Blog *postPsiquiatría* (6/9/2015). 53.

WHITAKER, R. (2015). *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitán Swing.

OTRAS REFERENCIAS:

ABRAMS, J.J. (2015) *Star Wars: Episodio VII - El despertar de la Fuerza*. Estados Unidos. Walt Disney Pictures.

AYER, D. (2016). *Suicide Squad*. Estados Unidos. Warner Bros.

CHASE D. (1999-2007). *Los Soprano*. Estados Unidos. Cadena HBO.

KERSHNER, I. (1980). *Star Wars: Episodio V - El Imperio contraataca*. Estados Unidos. 20th Century Fox.

LEVI, H. (2008-2010). *En terapia*. Estados Unidos. Cadena HBO.

LUCAS, G. (1977). *Star Wars: Episodio IV - Una nueva esperanza*. Estados Unidos. 20th Century Fox.

LUCAS, G. (1999). *Star Wars: Episodio I - La amenaza fantasma*. Estados Unidos. 20th Century Fox.

MARQUAND, R. (1983). *Star Wars: Episodio VI - El retorno del Jedi*. Estados Unidos. 20th Century Fox.

NOLAN, C. (2005). *Batman Begins*. Reino Unido y Estados Unidos. Warner Bros.

Plataforma Nogracias.

SCHEURING, P. (2005-2009). *Prison Break*. Estados Unidos. Cadena FOX.

SHORE, D. (2004-2012). *House*. Estados Unidos. Cadena FOX.

WEINER, M. (2007-2015). *Mad Men*. Estados Unidos. Cadena AMC.