RECIHYS
Revista Científica de Ciencias Humanas y Sociales
e-ISSN 2960-821X
Vol.3 – Núm. 2 (3er cuatrimestre). sep - dic 2025
correo electrónico: recihys@espe.edu.ec

El cuidado de sí como práctica biopolítica: dimensiones bioéticas desde el padecimiento de la enfermedad crónica

Self-care as a biopolitical practice: bioethical dimensions from the suffering of chronic disease

Andrés Roberto España Bustos
Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas Amawtay Wasi
andres.espana@uaw.edu.ec - https://orcid.org/0000-0002-5178-8729

Recibido: 21/04/2025 • Revisado: 29/06/2025
Aceptado: 27/07/2025 • Publicado: 30/08/2025

Resumen

El acontecimiento humano de la enfermedad es el hecho inevitable que se suscita en la historia de vida de las personas debido a un sinnúmero de casuísticas y etiologías que la generan y la evidencian como un fenómeno disruptivo e ineludible en la vida material de los seres humanos. Bajo esta orientación, el objeto de estudio de la presente investigación, gira en torno a la percepción del cuidado de sí como categoría epistemológica y ontológica en experiencias de padecimiento de enfermedades crónicas. Su foco de investigación se sitúa en el trabajo etnográfico por medio del registro de historias de vida con pacientes en tratamiento de hemodiálisis y en permanente interacción con equipos biotecnológicos que depuran la sangre para devolverla purificada al torrente sanguíneo. Esta interacción entre lo humano (sujeto-paciente) con lo no-humano (máquina biotecnológica de depuración) establece una interesante discusión que incorpora un tercer factor biopolítico como el cuidado de sí en las diferentes dinámicas y estrategias que los pacientes van adoptando a lo largo de su trayectoria de enfermedad, configurando así, nuevos sentidos y significados de una "vitalidad artificial".

Palabras claves: *Antropología Médica; Biotecnología; Biopolítica; Cultura y Hemodiálisis.*

Abstract

The human occurrence of disease is the inevitable fact that arises in the life history of people due to a number of casuistry and etiologies that generate it and evidence it as a disruptive and unavoidable phenomenon in the material life of human beings. Under this orientation, the object of study of this research revolves around the perception of self-care as an epistemological and ontological category in experiences of suffering from chronic diseases. Her research focuses on ethnographic work through the recording of life histories with patients undergoing hemodialysis treatment and in permanent interaction with biotechnological equipment that purifies the blood to return it purified to the bloodstream. This interaction between the human (subject-patient) and the non-human (biotechnological purification machine) establishes an interesting discussion that incorporates a third biopolitical factor such as self-care in the different dynamics and strategies that patients adopt throughout their disease trajectory, thus configuring new meanings and meanings of an "artificial vitality".

Keywords: *Medical Anthropology; Biotechnology; Biopolitics; Culture and Hemodialysis.*

DOI: https://doi.org/10.24133/recihys.v3.i2.4228 - **pp. 14-20**

Esta obra se encuentra protegida por la Licencia ATTRIBUTION-NONCOMMERCIAL-NODERIVATIVES 4.0 INTERNATIONAL

Introducción

Si partimos de la definición institucional de salud, la que regenta las políticas públicas a nivel global, se puede decir que esta se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 1946). Esta definición destaca un rol homologado de salud que, aunque rescata las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, queda en entredicho las percepciones y representaciones en cada contexto sociocultural en donde esta se administre, estudie o garantice como derecho. Para diferentes comunidades y agrupaciones sociales, desde diferentes sentidos y percepciones interculturales, la salud también puede ser comprendida como una construcción social que varía entre las diversas expresiones culturales y puede estar determinada por símbolos, creencias y prácticas que la van definiendo desde una perspectiva más heterogénea.

Cuando nos referimos a la salud (por ende, también a la enfermedad) en contextos socioculturales diversos, debemos retomar la discusión y el debate de otros fatores en torno a ella como la religión, clase, etnia, condiciones socioeconómicas, culturales y políticas socio-técnico-científicas que inciden al momento de definir la salud en contextos contemporáneos. En este sentido, las prácticas médicas actuales "han sido resignificadas en sus usos no sólo en el medio rural, sino especialmente en el medio urbano tanto de los países periféricos como desarrollados" (Menéndez, 2003, p. 187). La interculturalidad también se presenta como un nuevo escenario para la discusión de la salud-enfermedad a raíz de la incorporación de la contraposición de un modelo médico hegemónico y un modelo médico intercultural, en donde el primero, ha ejercido una práctica de apropiación de saberes por parte de instituciones biomédicas basándose en una dominación simbólica.

Las aproximaciones conceptuales al fenómeno de la salud nos plantean un escenario de análisis interdisciplinario en donde se disputan sentidos, representaciones, pero también, afectos y estrategias de sobrevivencia por parte de quienes padecen la enfermedad. Dichas estrategias implican una predisposición a cambios y a nuevas configuraciones en cuanto a la subjetividad y a las formas de comprender una posición frente a la "carencia" de un cuadro vital. Esta noción de estrategia, muchas veces autónoma y autogestionada desde un sentido propio de agencia, puede ser comprendida como un cuidado que "involucra la relación dialógica de los seres humanos consigo mismos, con sus cuerpos y con el entorno en el cual realizan sus actividades diarias" (Muñoz, 2009, p. 391).

Por ello, la importancia de pensar la salud desde un sentido autónomo y bioético del cuidado de sí, es también una apuesta biopolítica de los actores padecientes que la expresan muchas veces como una "estrategia prometedora para el tratamiento de enfermedades crónicas, que va más allá de la educación al enseñar a las personas a identificar activamente los desafíos y resolver los problemas asociados con su enfermedad" (Grady & Gough, 2014, p. 25) que se relaciona con los ámbitos cotidianos de su cultura y su propia ética del cuidado.

Anclando estas premisas que refieren aspectos experienciales, éticos, biológicos y socioculturales, el fenómeno de la salud provoca una reflexión crítica en torno a las formas de racionalidad y subjetividad del padecimiento, así como, el sentido de agencia que puede generar el dispositivo biomédico en el cual los cuerpos se insertan desde un principio bioético: el cuidado de sí. En tal sentido, son varios los estudios cuyo objeto de análisis se concentra en el cuidado como categoría analítica y epistemológica.

El cuidado de sí, que se deriva de una postura ética, tiene que ver con la relación de dicha postura en permanente relación con los otros y al mismo tiempo, como un "conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones" (Garcés & Giraldo, 2013).

En investigaciones sociales y biomédicas de pacientes con cáncer, la variable del cuidado se vincula a las nociones de autonomía, equidad, alteridad y afectos como parte de un entramado en el que se comparte la enfermedad, es decir, un cuidado desde uno y para con los otros/otras (Passerino, 2019); en ámbitos relacionados a la promoción de la salud, el cuidado forma parte de un marco conceptual relacionado a la práctica social de autocuidado como respuesta individual al mantenimiento de la salud y como un proceso de construcción social colectivo (Muñoz, 2009).

Al interior de los intersticios de la vida cotidiana, el cuidado surge como una nueva categoría analítica que llama la atención y que se investiga en dimensiones intersubjetivas, en donde el cuidado, poco o casi nada es reconocido como trabajo remunerado y como sostén de la vida social (Leyva & Roman, 2024). En discusiones filosóficas, el cuidado también tiene su anclaje desde una perspectiva de la colonialidad, enfocando el análisis en las relaciones de poder y la subordinación del cuidado al mundo de lo privado y a nuevas formas de opresión sociocultural (Segato, 2016).

Un nuevo derrotero que comienza a tomar impulso en la conceptualización de la ética y el cuidado es el de la resistencia social, de la mano de una diversidad de movimientos sociales organizados que han establecido un reportorio de actividades para visibilizar las problemáticas inmersas en él. Un ejemplo de este caso es la Red de Sanadoras del Abya Yala[1], quienes sostienen que el cuidado es una forma comunitaria por la defensa de la vida, el territorio, en oposición al enfoque extractivista medioambiental.

En el ámbito de las responsabilidades estatales del cuidado, vale mencionar que esta categoría anclada al diseño de políticas públicas ha tomado fuerza en diferentes países

[1] La red se compone por mujeres interdisciplinarias del Abya Yala que brinda procesos de acompañamiento y talleres orientados a la salud integral, terapia psicosocial, terapias naturales y acompañamiento emocional a mujeres que quieran sanar sus cuerpos y mentes de las violencias ejercidas desde una postura política. Su organización estructural radica en Honduras.

latinoamericanos. Dichas políticas se concentran en alcanzar un grado de redistribución de las responsabilidades entre el Estado, el sector privado representado por el sector empresarial, los contextos comunitarios y, por ende, la familia en sus diferentes constituciones. Desde esta perspectiva, el cuidado es visto como un derecho universal, que en palabras de Batthyány (2021), el cuidado "significa el derecho a recibir los cuidados necesarios en distintas circunstancias y momentos de la vida, y a evitar que la satisfacción de esa necesidad se determine por la lógica del mercado, la disponibilidad de ingresos y la presencia de redes vinculares o lazos afectivos" (p.85). Desde esta perspectiva contemporánea, el cuidado implica una decisión-derecho voluntario a dedicarse al cuidado o rechazarlo en entornos familiares no remunerados. En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021) resalta que "la pandemia evidenció la centralidad que los cuidados tienen en el funcionamiento de nuestras economías y nuestras sociedades, lo que a la vez también hizo evidente lo insostenible e injusto de su actual organización" (p. 2) y recomienda que, para reducir esta injusticia, los cuidados se deben orientar y guiar por principios de igualdad, corresponsabilidad y centralidad de la vida.

Estas apreciaciones epistémicas y conceptuales del cuidado desde diferentes aristas, conlleva un análisis interdisciplinario por el estudio bioético del cuidado, pero también biopolítico. La reflexión actual ha tomado fuerza desde la filosofía, la política, la antropología, incluso la misma Medicina, develando relaciones interdisciplinarias entre poder, subjetividad, interculturalidad y gubernamentalidad. Esta imbricación anuncia una alternativa de comprensión de las formas en que los sujetos se relacionan consigo mismos y con las estructuras de control que regulan la vida misma (biopoder).

Desde la filosofía, Foucault (2002) introduce el término "cuidado de sí" (epimeleia heautou), aclarando que esta definición no implica una forma de individualismo narcisista, sino un trabajo ético-político sobre uno mismo en el marco de relaciones con los otros y con el poder, se trata de una práctica reflexiva que permite a los sujetos constituirse como agentes éticos. En la tensión de las relaciones entre uno mismo y con los otros, por ende, con el poder, la noción de administración y regulaciones de dichas vidas, viene de la mano del concepto de biopolítica, que a la vez administra el cuidado.

El presente artículo explora estas acepciones provenientes de la filosofía, pero también de las Ciencias Sociales para diseccionar el cuidado de sí como práctica bioética y biopolítica en experiencias de padecimiento de personas con enfermedades crónicas. Para ello, se presentan los resultados del trabajo de campo realizados en el espacio hospitalario de en una clínica privada de hemodiálisis y el abordaje etnográfico domiciliario.

Materiales y métodos

La etnografía, como metodología empleada en la presente investigación, tuvo un enfoque cualitativo al analizar desde una perspectiva antropológica, las dinámicas y estrategias de cuidado en pacientes con enfermedades crónicas y en tratamientos de hemodiálisis. Por razones de confidencialidad, no se menciona la identidad de los actores-colaboradores, ni tampoco el lugar de atención de salud privado. Sin embrago, es importante que, por ser personas que residen en un sector geográfico fronterizo, se considere la posibilidad de analizar las condiciones de atención de salud para este tipo de tratamientos, en muchas ocasiones, escasa y limitada en su cobertura.

De forma complementaria, se registraron las historias de vida de tres pacientes que aceptaron, por medio de los consentimientos respectivos, ser entrevistados en el espacio hospitalario y domiciliario. Las entrevistas, de carácter abiertas y en ocasiones, semiestructuradas, se enmarcaron dentro de dos tipos de jornadas de trabajo etnográfico: en la sala de hemodiálisis y en los hogares de los pacientes, por medio de registro sonoro y fotográfico. El trabajo etnográfico en investigaciones antropológicas implica un proceso de acompañamiento y establecimiento de relaciones sociales para la consecución de espacios de trabajo afectivos y experienciales. Así mismo, la propuesta metodológica exigió un grado de autovulneración en los pacientes, en virtud de rememorar la trayectoria de la enfermedad en diferentes etapas del proceso de padecimiento.

El enfoque metodológico de la investigación prevé una trama de intersubjetividades entre los pacientes y el investigador, que faculta una propuesta autobiográfica de la enfermedad como un ejercicio de reconstrucción biográfica que "emerge esencialmente de una persona y de su testimonio, ya sea oral u escrito, y de su interacción con el que lo retoma, interpreta y rehace, de modo que el juego de intersubjetividades va a ser una dinámica inherente y permanentemente presente" (Sanz, 2005, p.99). Los participantes de la investigación son personas cuya subjetividad está muy vinculada a las nociones de la vida en el margen, es decir, en la frontera geográfica, consecuentemente, la insuficiente atención de salud especializada para el caso y tratamiento de su enfermedad.

Los estudios de la narrativa de la enfermedad (illness narrative), método complementario en la etnografía, se utilizó como herramienta que permitió conocer los dramas sociales de los pacientes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, es decir, desde el momento de su diagnóstico hasta la muerte de la persona, en vista de que son enfermedades sin cura definitiva. En este sentido, las narrativas de la enfermedad "permiten al paciente construir y comunicar el significado de su experiencia, revelando no solo los aspectos médicos, sino también las dimensiones sociales, culturales y emocionales de su vivencia" (Valverde, 2005, p. 159), por tanto, es fundamental que, en medio del registro de la información y los dramas identificados,

se establezcan lazos sociales y afectivos con los pacientes colaboradores.

Desde un punto de vista geográfico, el vivir y residir en el margen nos permite incorporar una análisis y una crítica a futuro sobre la importancia de un estudio demográfico sobre este tipo de necesidad sociales en salud, entendiendo que la demografía critica representa un "poder-conocimiento" que conduce a exponer "las políticas que impregnan la producción de conocimiento demográfico y abogando por una praxis centrada en poblaciones marginadas" (Ortega, 2023, p. 2), entre ellas, las que padecen marginalización en la atención de salud pública, para casos de enfermedades crónicas.

Análisis y Resultados

Los alcances identificados, en cuanto a la percepción del cuidado de sí, nos llevan a plantear dos dimensiones analíticas claves: cultural y biopolítica. En el primer caso, y partiendo de la idea de que somos seres (netamente e inevitablemente) pertenecientes de una cultura, la experiencia de la enfermedad gestiona de forma autónoma, predisposiciones y actitudes manifiestas del propio entorno sociocultural del paciente. Los gestos de cuidado de la red de apoyo cercana y las manifestaciones de agencia propia del paciente, revelan "la estructura social y cultural del paciente, tratando de proporcionar cuidados responsables y coherentes con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida del paciente" (Pulido y Da Silva 2017, 77). Por otro lado, la dimensión biopolítica, se vincula más a la manifestación del biopoder resultante de la examinación médica (proveniente de la figura del médico) a la enfermedad como reglas y normas biopolíticas de cuidado que el paciente asume como estrategias implícitas para la sobrevivencia. En este sentido, recordemos que, desde una perspectiva bioética, la biopolítica en antagónica a una ética del cuidado por estar en contra de toda forma de administración y control de los cuerpos.

En la dimensión cultural, los significados del cuidado pueden ser comprendidos como "fenómenos abstractos y concretos relacionados con la asistencia, el apoyo o el posibilitar experiencias, comportamientos para apoyar a los demás con necesidades evidentes, anticipadas para mejorar o perfeccionar una forma de vida o condición humana" (Pulido y Da Silva 2017, p. 77). Mientras que, en la dimensión biopolítica, las expresiones del cuidado también pueden ser comprendidas como experiencias y tensiones relacionales en dos momentos: el del cuidador (como cuerpo sujetado) y del paciente (como objeto del cuidado). En otras palabras, el padecimiento puede transferirse al cuidador en el momento en que este reconoce la realidad de "padecer" el cuidado de otro (Dupuis, 2024).

A partir de las predisposiciones actitudinales que se evidenciaron en el estudio y las orientaciones biopolíticas de los pacientes, el análisis se centró en torno a las formas de percepción y representación del cuidado de sí en los participantes, tanto en el espacio hospitalario, como en el domiciliario y tomado en cuenta el componente de la cultura y las orientaciones biopolíticas resultantes de una realidad del padecimiento.

Las percepciones del cuidado de sí identificadas en la investigación, considerando la matriz cultural y ética del cuidado, demostraron que esta noción es el resultado de un aprendizaje constante a partir del diagnóstico, y a su vez, es una representación de la realidad de la enfermedad y del padecimiento en la interacción de la propia cotidianidad (que incluye la atención normada) y el intercambio de conocimientos afectivos resultado de la misma experiencia.

A su vez, el cuidado de sí resulta de la adopción de estrategias y mecanismos de autocuidado que implican una serie de aprendizajes guiados en torno a la atención que el sujeto-paciente con enfermedades crónicas debe cumplir a lo largo de su padecimiento hasta el momento de su muerte, entendiendo que son enfermedades incurables y que dicha significación está acompañada de un sentido de acepción de la muerte en cualquier momento de los días que se acercan.

Por otro lado, los registros de las narrativas de la enfermedad y las historias de vida configuran un sentido de autonomía frente a la dependencia de los cuidados de sus redes de apoyo que no siempre están para asistir la atención, lo cual se convierte en un aprendizaje que tiene mucha relación con la matriz cultural del sujeto en cuanto a sus creencias, saberes, afectos y anhelos personales. En este sentido, las prácticas religiosas de los participantes (católicas en su mayoría) definen la orientación y la creencia de la enfermedad como parte de su "destino" vital, es decir, como designio previsible y aceptado a partir de códigos éticos y morales propios de su mundo social.

Por último, es idéntica una interesante forma de relacionamiento entre factores humanos y no-humanos, es decir, entre los cuerpos padecientes con elementos materiales de la tecnociencia o equipos biotecnológicos, a quienes, a partir de un significado de convivencia temporal durante la terapia de hemodiálisis, generaron un vínculo afectivo que configuró sentimientos de agradecimiento, que se expresan a partir de nociones de "vida artificial" o la intermediación de artefactos para la prolongación de la vida "enferma".

Discusión

La problemática de la enfermedad como fenómeno disruptivo puede ser comprendida en dos dimensiones analíticas: antropológica y biopolítica. La Antropología, al ser una ciencia social que procura el estudio de las formas de representación y los modos de vida, fija su interés en las predisposiciones y percepciones de las personas que padecen una enfermedad crónica para identificar los significados y representaciones del cuidado de sí como práctica bioética.

Por su parte, la biopolítica entendida como "el modo en que el poder se ejerce sobre la vida, no a través del castigo, sino a través del control, la vigilancia, la regulación y la normalización de las poblaciones" (Foucault, 2007, p. 221), en su versión más foucaultiana, expresa la definición de "biopoder" (para ser más precisos), como la categoría que se encargará de la gestión de los cuerpos que padecen la enfermedad crónica. En este sentido, el cuidado de sí puede surgir como un poder autónomo para autogobernar la posibilidad de las estrategias de cuidado como resultado del entramado simbólico (característico del control del discurso biomédico), pero también, como un sentido de apropiación de la interacción entre las biotecnologías y la atribución de significado de una "vitalidad artificial" que recae en la máquina dializadora.

Como vemos, la problemática por identificar las percepciones del cuidado de sí como estrategia autónoma de adaptación y agencia, debe atravesar los senderos de la bioética y de la biopolítica en un sentido de control de la vida desde el tratamiento biomédico prolongado, las dinámicas de adaptación y las atribuciones de significaciones en las formas de padecimiento y en las relaciones de lo humano con lo no-humano en el seno de los afectos y la propia enfermedad crónica.

En términos elementales, la bioética instala su interés en el estudio de la conducta humana frente a dilemas universales como la salud, la muerte o la vida. Impregna un gran porcentaje biologicista, y es que es obvio, son los cuerpos, la materia viva, los procesos fisiológicos en torno al equilibrio de la salud corporal, lo que va definiendo un estado de armonía o desequilibrio vital. Pero también está la faceta social, cultural, económica y política de la bioética, que la obliga a replantear un escenario interdisciplinar de análisis crítico y ético.

Para Kottow (2005), la noción de poder es "foránea a la bioética, pues en esta última el pensamiento gravita más hacia la equidad y la comunicación" (p.112), sin embargo, el paciente crónico, por medio de sus estrategias, encuentra una especie de auto gobernación con base en el poder del discurso biomédico que lo sentencia, pero a la vez, le orienta hacia el camino del cuidado de sí. Es decir, el código bioético del cuidado toma como precepto la instrumentalización del biopoder como sustrato estratégico del cuidado. Por tanto, la bioética, se ocupa "con lo humano, de una dimensión bastante más amplia y rica: el cuidado y el posibilitamiento de la vida humana pero, además y principalmente, de la vida en general, actual y posible, conocida y por conocer" (Maldonado, 2003).

En este entrecruzamiento conceptual, entre bioética y biopolítica, la enfermedad crónica aparece como el escenario disruptivo, el espacio de la tensión de poder, el agitamiento de las concepciones previas e inmaduras que van tejiendo un sustento afectivo e identitario de cara a las nuevas percepciones de salud y cuidado. Tal y como se evidencia en las diferentes dimensiones de interacción de los sujetos-pacientes en íntima relación y atribución de sentido y significados de vitalidad a partir del estado liminal que precede a la transfusión sanguínea.

Aunque antagonistas, porque la bioética aboga por el bien común, mientras la biopolítica se inclina hacia una predisposición por el control y la administración con base en el biopoder, el cuidado de sí puede ser interpretado (en ambas instancias) como una estrategia de agencia; gesto de autonomía de cara a la intervención biotécnica y además, como estrategia de subjetivación en la que el sujeto-paciente se constituye a partir de saberes, afectos y experiencias situadas. Por ello, el cuidado de sí emerge como una práctica bioética, relacional y cultural, articulada entre los regímenes biomédicos de atención y las trayectorias afectivas del padecimiento.

El cuidado, como categoría de análisis, ha tomado fuerza desde estudios recientes en el campo de las Ciencias Sociales para resaltar la importancia social de los afectos, las implicaciones económicas en torno al cuidado, las políticas públicas que se generan desde esta corriente analítica, así como el cuidado como derecho humano, práctica laboral y discusión bioética. En este sentido, las actuales discusiones sobre el cuidado, acarrean debates en torno al "envejecimiento poblacional, la mayor incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la trasformación de las estructuras familiares (…) la distribución desigual de las tareas hacia el interior de los hogares, la feminización y precarización del trabajo de cuidado" (Carmona, 2024, p. 8).

El interés de esta investigación recae en la posibilidad de identificar las formas de percepción del cuidado de sí en entornos de enfermedades crónicas, es decir, en enfermedades que no presentan un cuadro de curación definitiva. Este antecedente le hace aún más complejo al análisis, en virtud de que la persona que padece la enfermedad, muchas veces debe asumir el rol de cuidador y paciente a la vez.

Cabe mencionar entonces que nos ubicamos en el ámbito de la salud como campo amplio de la discusión, en el cual se puede evidenciar el rol de la mujer en el cuidado, las implicaciones económicas que el cuidado implica y los avatares a los cuales se enfrentan día a día los pacientes. Sin embargo, el cuidado de sí (objeto de la presente investigación), resulta una interesante intersección, ya que el cuidado (como categoría) se enviste bajo la figura de un tipo de poder o un tipo de ética para la construcción de la realidad del sujeto que padece la enfermedad crónica (España, 2019) y en donde es coautor de sus propias estrategias y formas de auto-gobernación (Padilla, Arcos & Trujillo, 2013).

Por último, el cuidado de sí puede ser entendido como una expresión de autarquía, es decir, el dominio que se puede alcanzar sobre sí mismo por factores intrínsecos como el quiebre o ruptura de un modo de vida o pensamiento que deconstruya un sentido de vida del caos o el desahucio hacia la posibilidad de la extensión de la vitalidad (así fuera por factores biotecnológicos); o por factores extrínsecos, a partir del influjo de una creencia externa como la "misericordia" o la "benevolencia" derivadas de la práctica religiosa y del discurso moral judeocristiano.

Conclusiones

La presencia de la enfermedad en la vida de las personas nos conduce a pensar en las posibilidades de coautoría que existen en diferentes dimensiones de la vida social de los pacientes. A partir del diagnóstico médico, el sujeto-paciente que acaba de ser informado sobre su caso, es un ser que se remite a nuevas percepciones y modos de adecuación a una nueva realidad cotidiana, por tanto, nuevo ser. En esta encrucijada, sus valores, códigos éticos-morales, manifestaciones culturales, así como su ética de cuidado, se ven interpelados por un nuevo sentido de vitalidad en ciernes, en disputa por alcanzar la explicación a la realidad que comienza a construirse desde los cambios fisiológicos.

La facultad de reconocer en este proceso un (re)conocimiento de sí, un proceso y práctica de sí mismo en cuanto saber, poder y espiritualidad, resulta ser una revelación, una hermenéutica del ser que adolece y a la vez se gobierna, en definitiva, una apuesta política de la desventaja por sobre los pronósticos de una temporalidad de la existencia en cuanto vitalidad regentada por la autoridad biomédica. A la vez, resulta ser un diálogo o, mejor dicho, un ejercicio de intertextualidad entre los gestos humanos de supervivencia y las señales mecánicas de las funciones computacionales que van definiendo un acoplamiento con lo no-humano. En otras palabras, resulta ser un estado de inconcreción en donde los cuerpos despojados de su sangre permanecen en un "limbo" a la espera de la señal biológica que recepta la depuración que lo conduce al escenario de un retorno programado que, en cualquier momento, sin previo aviso y señal, lo conduce a su fin.

El cuidado de sí, entonces, puede resumirse en una práctica ético-política al interior de un entramado de símbolos y sentidos en torno a la gestión de la vida, valorando el entorno cultural, social, económico, afectivo y moral. Resulta también la expresión de una ética de la enfermedad, del desequilibrio, de la falta de armonía de los signos vitales y es a la vez, el reconocimiento del dolor y el sufrimiento como parte de un mismo fenómeno ético-moral en interacción constante con los afectos a nivel individual y comunal.

Referencias

Carmona, D. (2024). Contribuciones para abordajes complejos del cuidado en las ciencias sociales. Transdisciplinar. *Revista de Ciencias Sociales del CEH*, 4(7), 5–42. https://doi.org/10.29105/transdisciplinar4.7-118

Dupuis, H. (2024). El gobierno del cuidado domiciliario en salud: una lectura desde la analítica histórico-filosófica de Michel Foucault. *Revista Stultifera*, 7(2), 179-201. https://doi.org/10.4206/rev.stultifera.2024.v7n2-09

España, R. (2019). Aproximaciones antropológicas de la biomedicina desde un enfoque intercultural de la cita médica. *Antropología Cuadernos De Investigación*, (22), 74-84. https://doi.org/10.26807/ant.v0i22.225

Foucault, M. (2007). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977–1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Grady, P. & Gough, L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25–e31. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041

Kottow, M. (2005). Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética,* 1(2), 110–121. https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8065

Maldonado, C. (2003). *Biopolítica de la guerra*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014

Muñoz, N. E. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva,* 5(3), 391–401. https://doi.org/10.18294/sc.2009.242

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/about/governance/constitution

Ortega, A. C. (2023). Toward Critical Demography 2.0: Framing demography as power-knowledge. *Global Social Change,* 10(2), pp. 1–15. https://doi.org/10.1177/19427786231176787

Padilla Padilla, S. A., Arcos Villota, J. P., & Trujillo Rodríguez, A. V. (2013). El cuidado de sí: acontecimiento ético – estético en Séneca y Michel Foucault. *Revista Criterios*, 20(1), 139–159. Recuperado a partir de https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/1860

Pulido, M., & Da Silva, M. de F. (2017). Una mirada antropológica en torno al cuidado: Desafíos y oportunidades. *Documentación Social,* (187), 69–84. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6557101

Sanz Hernández, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, 57(1), 99–115. https://doi.org/10.3989/asclepio.2005.v57.i1.32

Valverde, C. (2005). ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Atención Primaria*, 36 (3), 159–161. https://doi.org/10.1157/13077485