

# El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud

## The body as the scenario for social vulnerability regarding health

Jesús A. Ortega-Bolaños<sup>1</sup> y Jorge I. Bula-Escobar<sup>2</sup>

1 Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [jesusortegab@gmail.com](mailto:jesusortegab@gmail.com)

2 Vicerrectoría General Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. [jibulae@unal.edu.co](mailto:jibulae@unal.edu.co)

Recibido 6 Mayo 2012/Enviado para Modificación 13 Junio 2012/Aceptado 22 Julio 2012

### RESUMEN

La reflexión teórica sobre el cuerpo en el escenario de las prácticas sociales en salud a partir de dimensiones ontológicas reconoce su naturaleza para definir nuestra finitud y facticidad en un mundo donde no experimenta su propio nacimiento y muerte, sino que lo experimentamos en los otros. Al considerar la salud como un proceso global llamado existencia, ser conscientes de nuestro propio cuerpo en términos de estados dinámicos de salud-enfermedad está relacionado con escenarios donde el cuerpo ha sido central como experiencia existencial de la cultura que ha construido y vivido, así como en la interrelación del conocimiento con el ejercicio del poder. Las relaciones entre saber, poder, resistencia, y la misma acción de los cuerpos son escenarios de vulnerabilidad social en salud. El escenario emergente que pretendemos hacer visible son las relaciones de los cuerpos con la vulnerabilidad social en salud, con el ánimo de promover el debate sobre el ejercicio del derecho a la salud y las posibilidades de afectarlo positivamente, tanto desde la respuesta transectorial de construcción de políticas públicas en salud como desde la respuesta comunitaria que la población colombiana puede proponer desde la sociedad y la cultura.

**Palabras Clave:** Cuerpo humano, vulnerabilidad en salud, política de salud, sistemas de salud, antropología médica (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

Theoretical reflection concerning the human body within a scenario of social health-care practices recognizes its nature through ontological dimensions for defining our finiteness and facticity in a world where nobody experiences their own birth or death but rather experiences such events through others. Considering health as an overall process called existence, being conscious of one's own body in terms of dynamic states of health and disease, is related to scenarios where the body has played a central role in the existential experience of the culture which it has built and in which it has been living, as well as in the relationship of knowledge with how power is exercised. Relationships between knowledge, power, resistance and the

action of bodies are scenarios concerning social vulnerability regarding health. We wish to raise awareness concerning the relationship between bodies and social vulnerability regarding health as an emergent scenario for promoting discussion dealing with claiming the right to health and the chances of it being positively affected by public health policy from a trans-sector response and a community-based response proposed by Colombian society and culture.

**Key Words:** Human body, health vulnerability, health policy, healthcare system, medical anthropology (*source: MeSH, NLM*).

La experiencia del cuerpo propio se identifica con los actos humanos en la visión fenomenológica. Desde Husserl (1) el cuerpo es el órgano del YO, intermedio entre el mundo exterior de espacio temporal y la integridad del YO. Trayectorias similares siguen el pensamiento de Heidegger (2) y de Merleau-Ponty, que plantea un ser y tener cuerpo donde el conocimiento humano sobre el cuerpo requiere de la historia, la corporeidad y las alternativas de la vida subjetiva.

Desde el escenario bioético, el cuerpo se comprende como lugar donde confluyen simultáneamente la realidad y las posibilidades de la existencia humana. Se requiere trascender la unidimensionalidad de la práctica médica reflexionando acerca de la necesidad y posibilidad de libertad humana.

La salud, desde la dimensión ontológica de Sartre, “es una vivencia, un hecho psicológico y moral transcendental a toda consideración científico-natural, evidenciada solamente por la enfermedad como contradicción”. Por ello el cuerpo sería un objeto sobre el cual recaen un saber, un discurso y un poder; una posibilidad de ser reconocido en la intersubjetividad por medio de la mirada, el lenguaje y nuestro sentido interno (3).

El enfoque fenomenológico de Sartre nos propone tres dimensiones ontológicas del cuerpo: el ser para sí, el ser para otro y la existencia de mi cuerpo como conocido por otro a título de cuerpo (4). A partir de ellas se darían unas relaciones de conflicto con el otro, basadas en mirar al que me mira o en adueñarme de la libertad objetiva del otro.

Las relaciones entre el ser y el prójimo nos muestran la importancia de la mirada como un intermediario que remite de mí a mí mismo. “Basta que el prójimo me mire –dice Sartre– para constituirme en lo que soy y sólo soy en tanto que soy captado en la mirada del otro y así soy siempre conciencia para el otro” (3).

La “facticidad” nos muestra la integración del cuerpo y conciencia como una sola unidad inseparable que se da en la reflexión de situarme y existir mi cuerpo (5), donde los sentidos se dan simultáneamente con los objetos sensibles y no son asimilables a la subjetividad. Así, el conocimiento sería un acto subjetivo referido a algo objetivo, y el signo sería la estructura esencial del cuerpo que se vuelve consciente, y que no sería captado por sí mismo sino trascendido en lo que significa (6).

La segunda dimensión, “el cuerpo para otro”, plantea que mi cuerpo es utilizado y conocido por el prójimo que se constituye en mi universo y lo conozco por mis sentidos; lo puedo estudiar como aparezco (mi cuerpo) ante el prójimo y el modo en que el prójimo (su cuerpo) aparece ante mí.

Según Escobar (4), el objeto psíquico no se puede explicar fuera de las estructuras corporales; el cuerpo es, entonces, el único objeto psíquico por excelencia, entregado totalmente a la percepción.

La tercera dimensión de Sartre nos plantea el hecho de que sólo soy en tanto que soy captado por la mirada del otro siendo conciencia para el otro. Aquí por principio no puedo ser objeto para mí mismo; el prójimo es aquel que me mira, y el nosotros sería el fundamento de intersubjetividad. Por tanto, según Escobar, (4) el “examen médico” sería el encuentro con el otro donde mi cuerpo se revela afuera como un “en sí” para el otro.

Las relaciones de conflicto con el prójimo, como desenlace de las dimensiones presentadas en el sentido originario del ser para otro, se traducen en:

- El ideal del amar, donde la pura posesión física no satisface y se quiere uno apropiarse de la conciencia del ser amado, apoderarse de la libertad del otro.

- La actitud masoquista, donde el otro se apropia de mi cuerpo, de mi libertad y de mi conciencia, desplazando mi subjetividad y fusionándose con mi alteridad (7).

Según Escobar (4), como seres del lenguaje hacia el prójimo, trascender la trascendencia ajena permite “la indiferencia”, por la cual no tengo la conciencia de que el mundo del otro puede fijar mis posibilidades y constituir mi cuerpo; surge así “el deseo”, donde ser sexuado significa existir sexualmente para el otro y se define por su objeto trascendente, no por la posesión física del objeto deseado, que es el cuerpo del otro como totalidad.

Esto permite tanto “el sadismo”, al doblegar la libertad del otro y apropiarse de la carne de otro por la violencia y el dolor, como “el odio”, que aparece no sólo por un mal que se me infrinja, sino también al no obtener el reconocimiento esperado por un beneficio.

Transcender el sufrimiento vivido del cuerpo en los diferentes estados de salud-enfermedad, en la relación basada en la simpatía entre médicos y pacientes, nos muestra que las dimensiones ontológicas del cuerpo nos llevan a diferentes actitudes y transferencias entre el ser, el otro y el prójimo. Necesidades, como la sexualidad, nos llevan a sentimientos como el amor, el deseo y el odio, y a actitudes como el masoquismo y el sadismo.

#### Los cuerpos vulnerables

Desde la mirada hipocrática de los años 2400 AC., el cuerpo biológico aporta la base sobre la cual se construirán el cuerpo vivido y el cuerpo modificado, con una segunda interpretación desde la cultura, específicamente desde la antropología médica, donde los diversos discursos constituyen una mirada fundamental a la diversidad de los cuerpos como cajas de resonancia de los distintos ámbitos sociales, donde estarían los significados de los adornos, el cuerpo estético y el cuerpo como subjetividad.

Una tercera interpretación de los cuerpos vulnerables tiene que ver con los discursos corporales e ideales del cuerpo visto a través del escenario histórico de la modernidad y, específicamente, su expresión en América Latina (AL), que reconocen al cuerpo como el núcleo de la condición humana. El pensamiento latinoamericano se constituye en una herramienta de estudio del cuerpo teniendo como correlato (21), los discursos desde la higiene, la pedagogía y la cultura física.

#### El cuerpo en medicina y ciencias de la vida

La regulación fisiológica del cuerpo (homeostasis), planteada desde Hipócrates a través de la interacción de los humores, nos permitió definir qué grado de funcionalidad y salud tenía el cuerpo, así como vislumbrar el primer paradigma del proceso explicativo de la salud y la enfermedad.

Algunos sofistas y médicos consideraban que, para poder conocer de medicina, era necesario conocer cómo fue hecho y construido el hombre; el médico hipocrático afirmaba que el problema de la naturaleza del hombre podía ser resuelto por la técnica y la ciencia.

Pera (8), nos plantea que, desde la corporeidad biológica, mirar hacia fuera a través del lenguaje y el pensamiento nos permite definir el cuerpo como un objeto semiótico que se escribe con varios lenguajes (gestos, palabras, posturas, movimientos) siendo cuerpos como representación. Así, el cuerpo simbólico como icono cultural, el cuerpo subjetivo con estructuras corporales especiales, el cuerpo desde sus geografías vistas desde un todo o desde sus partes o un cuerpo entre otros cuerpos son algunas de las miradas que podríamos acoger en los procesos políticos en salud.

A partir del siglo XVIII, se empezó a mirar el cuerpo no sólo en su exterior, sino en la posibilidad de reconocer el estado y la dinámica interna. Laennec y el estetoscopio permitieron entender su funcionamiento interno mediante la auscultación y avanzar en la era diagnóstica hasta llegar a la imagenología actual, con mayor resolución y detalle.

El cuerpo biológico, considerado como “el cuerpo que se es”, viene animado desde el momento de la concepción y hasta que el sujeto comienza a fallar con la enfermedad. Desde la mirada médica, se da una relación claudicante y doliente entre el cuerpo sano y el cuerpo enfermo, para la cual se prepara una dinámica de paso a través de la terapia más interesada en la efectividad de su propia acción que en la realidad del fenómeno, contribuye a la consideración de la enfermedad como respuesta inadecuada a situaciones extremas que tensionan excesivamente la capacidad de adaptación.

Para una geografía del cuerpo, este se muestra como dominio de Gea (8), la diosa tierra y madre de todas las cosas; donde se encarna el yo. La geografía anatomoclínica lo contempla como el escenario de la enfermedad y lo describe con términos geográficos; lo considera una parte de un todo, esto es, lo que las creencias entienden como un cuerpo confesionalizado.

En la Edad Media, el cuerpo fue considerado un lastre. Los seguidores de San Agustín, al tener que reconocer su cuerpo como escenario de procreación, prefieren mirar a otro lado. En la enfermedad el cuerpo se flagela, se le aplican sangrías y otras intervenciones como actos terapéuticos.

Con el transcurso de la historia, y con diversas creencias y prácticas -chamanes, medicina mágica, telemedicina- se han propiciado escenarios donde el cuerpo es cada vez menos explorado e inclusive puede estar ausente, a pesar de que el objetivo sea recuperar su integralidad y funcionalidad. Para Foucault (9), el cuerpo ha sido históricamente construido como instrumento

de poder y sumisión en un escenario medicalizado que aprisiona los cuerpos enfermos para disciplinarlos, para hacerlos objeto de la mirada clínica e imponerles procesos de docilización o adoctrinamiento. La biopolítica o ciencia del control político de los cuerpos se ha impuesto en todo tipo de sociedades como dispositivo de control por excelencia, donde el espacio del cuerpo es el espacio del poder como dominación, como control o como escenario para ejercer la opresión (10,11,31).

Más allá del adoctrinamiento y la disciplina, otros reconocen el cuerpo como sistema y no sólo como engranaje de un mecanismo (12), y también como elemento para el disfrute. Para Bryan Turner (13), el cuerpo es tema central de la teoría social contemporánea y para Berger y Luckman es una construcción social (14,15). Por su parte, la perspectiva semiótica abre el cuerpo simbólico; la psicología se plantea reflexiones sobre el cuerpo como efecto y Lacan (16) plantea al cuerpo no como realidad dada sino como devenir a partir de lo cual se construye el lugar de relación entre la palabra y el cuerpo por medio del lenguaje.

En esta mirada simbólica podemos incluir la sociedad del conocimiento y la información, donde los cuerpos posthumanos son vistos como un vestigio arqueológico que adquiere otras propiedades al introducirse en el ciberespacio (dualismo virtual). En el escenario del *chat* o la red *Facebook*, los cuerpos malformados, discapacitados o aquellos que simplemente quieren alejarse de su cuerpo navegan sin barreras arquitectónicas, culturales o sociales que les priven de ser considerados sujetos de derechos.

El abordaje del cuerpo erógeno, por su parte, ha permitido abordar elementos fundamentales del psicoanálisis al considerar al cuerpo como la sustancia, el volumen, el organismo, el esquema corporal y la representación mental del pensamiento de los sujetos y de los colectivos para llegar a la elaboración personal del concepto de acuerdo a la experiencia, la imagen y el esquema corporal.

El cuerpo vivido se plantea como una realidad propia en la cual vivencias y ocurrencias interactúan con significación propia para entrar en comunicación con el cuerpo vivo donde nacemos, vivimos, morimos, enfermamos y curamos, amamos y sufrimos (17). En él somos quienes hemos sido, quienes somos y quienes queremos ser. Aquí lo biotecnológico tiende a cerrar el círculo entre natura y cultura y los límites se presentan difusos.

El cuerpo modificado es una mirada construida a partir del cuerpo vivido en una serie de vivencias: el sano o silencioso, el enfermo, el rehabilitado, el invadido por torturas, violaciones y otros castigos corporales. Emerge aquí una serie de circunstancias en las cuales se realizan las intervenciones estéticas para modificar este cuerpo, donde la reflexión no es sobre las intervenciones mismas *lege artis imperante*, sino sobre la intencionalidad, mejoramiento y prolongación de maniobras decorativas tradicionales (corte de barba, etc.) con incidencia irrelevante en lo médico y poco efecto desde la mirada antropológica.

La otra mirada del cuerpo modificado tiene que ver no sólo con la intencionalidad sino con el resultado del cuerpo modificado como mutilaciones no médicas, como la circuncisión, la ablación de clítoris o las intervenciones genéticas (18). En ellas la intencionalidad del ejercicio de poder a través de la tradición y de la cultura es un elemento por desarrollar como nuevos espacios de debate para los derechos humanos y la bioética, entre otras disciplinas.

Los cuerpos modificados son hechos subjetivos y simbólicos de la modernidad en cuya ejecución los individuos se entienden a sí mismos (19, 20). Las transformaciones de los discursos sobre la apropiación del cuerpo como recipiente alegórico central en la evolución de una “cultura de la experiencia moderna” nos proponen análisis del cuerpo de tipo histórico y transdisciplinar (21,22).

#### Emergencia conceptual de vulnerabilidad social en salud

Históricamente, la vulnerabilidad social en salud (26,27) tiene origen en la crisis del contrato social en las sociedades contemporáneas (28,30), que ha impedido a los grupos excluidos integrarse a las ventajas sociales gestionadas desde y hacia las estructuras de oportunidades: Estado, sociedad y mercado (31). El nivel de salud y el acceso a servicios de salud son los medios generadores de reconocimiento de derechos sociales y de equidad con mayor impacto positivo, tanto en las frágiles redes y lazos sociales (29) como en los derechos políticos y sociales de los ciudadanos excluidos y vulnerados socialmente (32,33).

Proponemos entender “la vulnerabilidad social en salud” como la probabilidad de afectación individual y colectiva por un riesgo o condición de distinta naturaleza que determine su exclusión o marginación de la estructura social. Así, nuestra vulnerabilidad social en salud comprende la alteración en la capacidad de enfrentar el riesgo o condición social en los

cuales viven y trabajan los grupos vulnerables (36,37). Dicha alteración genera unas dinámicas particulares, a las cuales deberían apuntar las distintas dimensiones de los sistemas de seguridad social en salud con el propósito de mitigar sus efectos y aumentar en las poblaciones afectadas las posibilidades de construcción de capital político en salud (34,35).

### Provocación

El concepto fundamental de “cuerpo vulnerable” parte desde la concepción y del cuerpo biológico nacido sano, cultivado por la higiene, el cual en su recorrido histórico social y simbólico nos moldea un cuerpo vivido y modificado por distintos niveles o estados de salud; así se constituye como caja de resonancia cultural y expresiones estéticas y subjetivas del ser y del tener (23, 24), los cuales estructuran el medio para la buena vida, el bienestar y el ejercicio de derechos humanos fundamentales como la salud.

Nuestro cuerpo, se reconstruye como un instrumento biopolítico del ejercicio de poder y sumisión de unos cuerpos sobre otros cuerpos, abusados, maltratados, vulnerados y excluidos, reconfigurando un cuerpo o escenario de vulnerabilidad social en salud (25).

No debemos trabajar solamente en fortalecer los procesos de protección social de estos grupos vulnerables desde la estructura de oportunidades, ni de operar en las dimensiones de su vulnerabilidad a nivel individual y colectivo. Se trata de que generemos un conocimiento que vincule estos dos escenarios de trabajo y que permita formular orientaciones políticas enfocadas desde derechos fundamentales, que reconozcan las capacidades y libertades para una mejor equidad en calidad de vida y salud.

Por tanto, si consideramos que la vulnerabilidad social en salud orienta la construcción de la protección social universal, su comprensión permitirá construir políticas públicas, integrales y equitativas para promover, preservar, recuperar y restituir la autonomía de las personas en sus dimensiones funcionales, sociales y políticas, que incluyan como enfoque principal la realización de los derechos fundamentales en salud ♦



## REFERENCIAS

1. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Tercera Edición. México: FCE; 1986.
2. Heidegger M. El Ser y el Tiempo. Quinta Reimpresión. México: FCE; 1988.
3. Sartre JP. El Ser y la Nada. Ensayo de ontología fenomenológica. Trad. de Juan Vallmar. Madrid: Alianza Universidad /Lozada; 1989.p. p. 28-329.
4. Escobar J. Dimensiones ontológicas del cuerpo. Cuarta reimpresión. Bogotá: Ediciones el Bosque; 2008. p. p. 99-121.
5. Sartre JP. La trascendencia del Ego. Buenos Aires: Caldén;1968. p. p. 18 y ss.
6. Merleau-Ponty M. El ojo y el espíritu. Barcelona: Paidós;1986. p. 31.
7. Levinas E. Entre nosotros. Ensayos para pensar en otros. Valencia: ED. T.G, Ripoll; 1993.
8. Pera C. Pensar desde el cuerpo. Ensayo sobre la corporeidad humana. Madrid: Editorial tricastela ; 2006; p.p. 55-60-173.
9. Foucault M. El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Sexta Ed. México: Siglo XXI Edit; 1979.
10. Foucault M. Concepto de biopolítica. En Estrategias de Poder. Traducción de Julia Varela. Obras esenciales, volumen II. Barcelona: Paidós;1999.
11. Foucault M. La historia de la sexualidad. T. 1. La voluntad de saber. Siglo XXI. México-Barcelona. Eds. Contemporánea-Península; 1976.
12. De la Mettrie JO. El hombre máquina. Edición de José Luís Pérez Calvo. Madrid: Ed. Alhambra; 1987.
13. Turner, B. The Body and Society: explorations in social theory.Reino Unido:Ed Sage;1984.
14. Berguer P. Luckman TH. La construcción social de la realidad. Barcelona, Herder; 1988.
15. Skrabanek P. The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercitive Health's. London: The Social Affairs UK;1994.
16. Lacan J. La relación de objeto (1956-1957). [sesión del 5 diciembre de 1956 p. 43-60 ; 16 de enero de 1957]. Barcelona: Paidós; 2004 p. p.113-132.
17. Kottow M. Vulnerability: What kind of principle is it? Medicine, Health Care and Philosophy . 2004; p.p.: 281-287.
18. Kottow M. Principios bioéticos en salud pública. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(4), jul-ago: 949-956.
19. Pedraza Z. Vivencias del cuerpo [tesis doctoral en Antropología Histórica de la Universidad Libre de Berlín]. Bogotá, Universidad de los Andes; 2009.
20. Pedraza Z. En clave corporal. conocimiento, experiencia y condición humana. Revista Colombiana de Antropología. 2009; 45 (1) enero-junio: 147-168.
21. Giddens A. Modernidad e identidad del yo. En: El yo y la sociedad en la época. Barcelona: Ediciones Península; 1991.
22. Turner B. El cuerpo y la sociedad. México: Fondo de Cultura Economica;1989.
23. Mauss M. Las técnicas del cuerpo. En: Crary J, Kwinter K (eds.). Barcelona: Ed Incorporaciones; 1992.
24. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1945.
25. Crossley N. The Elusive Body and Carnal Sociology. London: Body & Society; 1995.
26. Baltes R. Psicología evolutiva del ciclo vital. En: Marchesi C (compilador). Psicología Evolutiva I. Teorías y métodos. Madrid: Alianza;1983.
27. Ricoeur P. Autonomía y vulnerabilidad. En: Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Madrid: Trotta; 2008.
28. Moser C. Confronting Crisis. A Summary of Household Responses to Poverty and Vulnerability in Four Poor Urban Communities. (First printing ed.). Washington, D.C.: The World Bank; 1996.
29. Bordieu P. La distinción: criterio y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus;1986.

30. Moser C. Reassessing urban poverty reduction strategies: The asset vulnerability framework. Washington DC., World Development, The World Bank. 1998, January; 26(1): 21-25. Disponible en [http://www.tessproject.com/products/seminars&training/seminar\\_Series/Assets\\_Materials/Reassessing\\_Urban\\_Poverty\\_Reduction\\_Strategies.pdf](http://www.tessproject.com/products/seminars&training/seminar_Series/Assets_Materials/Reassessing_Urban_Poverty_Reduction_Strategies.pdf). Consultado: Enero 2012.
31. Koztman R. Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad en Uruguay. Documento preparado por la Oficina de CEPAL en Montevideo, con el apoyo financiero del PNUD, en el marco del Proyecto URU/97/017: "Apoyo a la implementación del Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social". CEPAL, Montevideo; 1999.
32. Filgueira C. Vulnerabilidad, activos y recursos de los hogares: una exploración de indicadores". En: Koztman, R. (coord.). Activos y estructura de oportunidades: estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. CEPAL, Montevideo; 1999, pp. 165-254.
33. Filgueira C, Filgueira F, Fuentes A. Critical Choices at a Critical Age: Youth Emancipation Paths and School Attainment in Latin America. BID Research Network. Doc. R-432. Washington, D.C: BID; 2001.
34. Kottow M. The vulnerable and the susceptible. In: Bioethics. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2003 (17): 460-471.
35. Sanchez EL, Verona HP. Identidad, justicia y vulnerabilidad. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2005: p. p. 19-43.
36. Lampis A. Vulnerabilidad y Protección Social en Colombia: Estudios de Caso en Bogotá, Cali y Manizales. En: Zorro C (Comp.). El Desarrollo: Perspectivas y Dimensiones – Aportes Interdisciplinarios. Bogotá: CIDER- Embajada de Holanda en Bogotá; 2007.
37. Lampis A. Vulnerabilidad y acceso a la salud pública: Estudio sobre la dinámica de la vulnerabilidad y el acceso a la atención en salud en el sur de Bogotá. Bogotá: DNP; 1999.