

# REVISTA STULTIFERA

---

## DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

DOSIER. RECONOCIMIENTO ASIMÉTRICO, CONFLICTO Y JUSTICIA  
CONTEXTUAL: DIÁLOGOS ENTRE EL NORTE Y EL SUR GLOBAL

VOLUMEN 7, NÚMERO 2,  
SEGUNDO SEMESTRE DEL 2024  
ISSN 0719-983X



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
SEDE PUERTO MONTT



# **El gobierno del cuidado domiciliario en salud: una lectura desde la analítica histórico-filosófica de Michel Foucault**

## **The Government of Home Health Care: a Reading from Michel Foucault's Historical-Philosophical Analytics**

Harold Dupuis Marambio  
Universidad Austral de Chile, Chile

### **Resumen**

En este escrito se propone un ejercicio de uso de la analítica histórico-filosófica de Michel Foucault para el abordaje de la temática del cuidado, temática que delimitamos al dominio del cuidado domiciliario como “foco de experiencia”. En torno a esta noción presentamos un ejercicio de aplicación, para reflexionar sobre el potencial analítico y de problematización que encierra. Se da cuenta del cuidado domiciliario en los juegos de verdad de la medicina, en las matrices normativas de la medicalización de la sociedad y en los procesos de subjetivación implicados en la *relación de sí* desde el gobierno del cuidado. En ese contexto, el cuidador deviene un cuerpo sujetado; pero, desde esta experiencia límite, se hace posible experimentar las propias formas de resistencia a partir de la noción de *cuidado de sí*, como noción para pensar críticamente nuestro presente a partir de una problematización sobre la forma de relación que establecemos con nosotros mismos. Este gesto crítico nos habilita para establecer límites a las formas de gobierno de la vida. Se concluye con algunas indicaciones para un trabajo futuro en torno a la relación crítica entre *cuidado de sí* y neoliberalismo.

*Palabras claves:* cuidado, foco de experiencia, gubernamentalidad, medicalización, subjetividad, cuidado de sí

Recibido: 8/04/2024. Aceptado: 6/06/2024



Este artículo forma parte del proyecto ECOS-ANID N°210041.

Harold Dupuis Marambio es candidato a Doctor en Ciencias Humanas, Universidad Austral de Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3924-0530>

Contacto: [dupuismarambio@gmail.com](mailto:dupuismarambio@gmail.com)

Cómo citar: Dupuis Marambio, 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. DOI: 10.4206/rev.stultifera.2024.v7n2-09.

### Abstract

This paper proposes an exercise in the use of Michel Foucault's historical-philosophical analytics to approach the subject of care. We delimit this theme to the domain of home care as a "focus of experience". Around this notion we present an exercise of application, reflecting on the analytical potential and problematization it contains. Home care is addressed in the games of truth of medicine, in the normative matrices within the process of medicalization of society as a form of government of life, and in the processes of subjectivation involved in the relationship of self with self from the government of care. In that context, the caregiver becomes a subjected body; but, from this limit experience, it becomes possible to experience one's own forms of resistance from the notion of self-care, as a notion to think critically about our present from a relationship of self with oneself that enables us to set limits to the forms of government of life. We conclude with some indications for future work on the critical relationship between self-care and neoliberalism.

*Key words:* Care, Focus of Experience, Governmentality, Medicalization, Subjectivity, Self-care

La temática del cuidado en salud se ha transformado en un fenómeno social de amplio alcance a nivel de las políticas públicas, de investigación en las ciencias sociales, desde las instituciones dedicadas al cuidado y, por supuesto, desde las propias experiencias de quienes cuidan y de quienes son cuidados; esto es, desde los profesionales de la salud, desde las personas que cotidianamente cuidan a sus seres queridos y también desde aquellos que, ante enfermedades que generan dependencia o reducen su autonomía, tienen que ser asistidos por otros, quienes asumen un rol delegado desde la familia y reforzado por las instituciones sanitarias. Este rol y su responsabilidad conlleva un saber sobre cómo cuidar, cómo ser cuidador y cómo cuidarse para seguir cuidando, y va definiendo una experiencia compleja, paradójica y múltiple en su sentido. Basta indicar, a modo de enunciado provocador, que parte de esta experiencia implica condiciones que hacen que el cuidador padezca y sufra el cuidado que realiza. Por tanto, en una sociedad en la que, en el mismo momento en que el cuidado se transforma en una práctica relevante, se deja sin los mecanismos de seguridad y bienestar a aquellos que la realizan, siendo esta exclusión parte de la experiencia del cuidar en el ámbito domiciliario.

Por otro lado, este cuidar —si lo pensamos por *fuera* de la fundamentación en un sujeto que realiza dicha práctica, que podríamos definir como *cuidador*— deviene problemático en términos epistémicos al poner en tensión la diferencia entre el *sujeto que cuida* y el *objeto cuidado*, donde el propio sujeto deviene objeto de dicha práctica. Este fenómeno en la actualidad se llamaría *auto-cuidado*, y se refiere a diversas prácticas que, teniendo una base en el discurso médico y sobre la salud, se desplaza a otros ámbitos que son medicalizados a través de las diversas disciplinas como la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, entre otros. Desde aquí se configura un modo de subjetividad, en cuanto *relación de sí*, que se produce a partir de la realización de prácticas orientadas a su propio bienestar. En este sentido, se trata de una subjetividad que emerge en la producción de las condiciones de bienestar dentro de los procesos de medicalización que la desbordan y limitan.

Para exponer y desarrollar nuestros argumentos, (a) se parte situando, de manera general, los principales elementos que forman parte de la noción de *foco de experiencia* y su vínculo con la manera en que Foucault concibe *el pensamiento*; (b) posteriormente se especifican los *juegos de verdad* relativos al cuidado y a la figura del cuidador domiciliario en salud, donde el discurso sobre el cuidado, como algo natural del ser humano, ocupa un lugar de relevancia; (c) luego se brinda una descripción de las *matrices normativas*, situadas en los procesos de medicalización dentro de la gubernamentalidad, y (d) se abordan los *modos de subjetivación*, que se concretan en la tensión entre la sujeción de un *sujeto somatizado* y la crítica a estas formas para pensarse de otro modo a partir de la noción de *cuidado de sí*. Se concluye con algunas indicaciones para un trabajo futuro en torno a la relación crítica entre *cuidado de sí* y neoliberalismo, para desde aquí desarrollar una lectura desde dentro del propio neoliberalismo en su voluntad subjetivante.

### **Los focos de experiencia y el pensamiento**

La experiencia moderna, en cualquier dominio de realidad, trae consigo una enorme complejidad al no haber *exterioridad dada*, sino diferencias elaboradas de forma inmanente que producen la propia interioridad y exterioridad. En este caso, se da como diferencia que, desde una lectura dialéctica (y su filosofía de la historia), se asumiría como momentos del movimiento de la negatividad, pero que desde la perspectiva de Foucault no habría posibilidad de descanso en un futuro prometedor, sino que se moviliza con inquietud en el acontecer de los problemas del presente.

Concierne a la aprehensión de la realidad en la que nos configuramos como experiencia, es decir, no a un sujeto que tiene una experiencia, como si el fundamento de la misma fuese el sujeto desde su soberanía vivencial; más bien, en la experiencia emergen “los juegos de verdad”, “las matrices normativas” y los modos de ser sujetos. En una configuración que surge de la correlación de estos elementos se articulan los “focos de experiencia” (Foucault, 2009, pp. 17-19). Dicha correlación presenta una dinámica interna que da forma a la relación entre estos elementos, que el autor entiende como “estructuras de conjunto que arrastran a las formas de la experiencia” (Foucault, 2015. p. 132). Son las que producen la realidad y las separaciones, inclusiones/exclusiones, suscitando lo que niegan, produciendo estructuras sociales de estas experiencias que no son absolutas ni eternas, sino que son temporales y sujetas a una permanente modificación. Estas estructuras permiten que la indagación histórica funcione con una mirada puesta en el exterior de las instituciones, de las normas legales, de las intenciones humanitarias, etc., para situarse en las relaciones de poder y sus formas de materialización en los juegos de verdad, normas y formas de subjetividad.

Estas nociones de experiencia y estructura intentan otorgarle validez histórica a aquello a lo que ni la filosofía ni la historia han prestado mucha atención, o bien la atención que se le ha dado se basa en determinadas figuras conceptuales que, desde su *logocentrismo*, solo ilustran en el objeto la verdad contenida en el concepto, limitando la libertad de los acontecimientos y de sus posibilidades de ser pensados de otra manera.

Desde aquí, la noción de pensamiento, tan propia de la relación sujeto-objeto o de las síntesis posibles en las que la propia filosofía y ciencias humanas se identifican, se desplaza a su vínculo directo con la experiencia y su forma de estructurarse. Es así como, por ejemplo, más que limitarse a concebir la locura como historia de las representaciones y conductas respecto de esta *enfermedad mental* a lo largo de su evolución y progresión desde unas ideas falsas hasta la verdad que la psiquiatría y psicología nos entregan, Foucault realiza la crítica para darle a la locura el estatus de experiencia y de pensamiento, dentro cuyo seno se reproducen las propias verdades que la psiquiatría y la psicología le han atribuido a la locura. Por eso, más que preguntarle a la psiquiatría y a la psicología sobre la verdad de la experiencia de la locura, habría que preguntarle a la locura sobre la propia verdad de estas disciplinas y el lugar que ocupan estos discursos sobre la verdad de la locura como enfermedad, como patología; y como esto es, a su vez, una producción

de la razón en confrontación consigo misma, pero no del movimiento del espíritu, sino en el encierro de los asilos.

Esta modalidad de investigación el autor la denomina, en términos generales, una “historia crítica del pensamiento”, que sería una analítica que permite dar cuenta del despliegue crítico del pensamiento contra sí mismo (Foucault, 1999, pp. 359-360). En esta historia crítica del pensamiento se analizan las prácticas, instituciones, reflexiones y formas de subjetividad. Al respecto, el autor comprende el pensamiento como:

[...] lo que instaure, bajo diversas formas posibles, el juego de lo verdadero y lo falso [...] lo que funda la aceptación o el rechazo de la regla [...] y lo que instaure la relación con uno mismo y los otros. (Foucault, 2013, p. 188-189)

El pensamiento así comprendido, no asume la realidad como algo dado, es decir, objetos y sus representaciones, sujetos y sus conductas, y conceptos con los que se reflexiona; sino más bien se pregunta por las condiciones, por lo que habilita, por lo que instaure, por lo que funda. De esta manera, el pensamiento no se reduciría a ser una categoría en la filosofía, en las ciencias, o en las grandes formulaciones teóricas que nos dirían como pensamos (pensamiento moderno, científico o religiosos, entre otros). Se trataría de reconocer al pensamiento en toda experiencia, en toda manera de ser en el mundo, en toda existencia por muy excluida o marginada que nos pueda parecer (y aparecer). El pensamiento es todo aquello que “[...] puede y debe analizarse en todas las maneras de decir, hacer y conducirse en que el individuo se manifiesta y actúa” (Foucault, 2013a, p. 189). En estos términos, el pensamiento es lo que hace posible el surgimiento y despliegue de los objetos dentro de los juegos de verdad, de los comportamientos dentro de las matrices normativas que los regulan, y de los sujetos que se constituyen desde este haz de relaciones en relación consigo mismos. En definitiva, desde el pensamiento se hace posible la constitución de los diversos modos de subjetividad.

Al tomar estos elementos conceptuales para observar la experiencia del cuidado, ya sea como política, programa, ejercicio, técnica, afecto, gratificación, plenitud o padecimiento contradictorio y silencioso, no se remitiría a ideas, representaciones o contenidos de conciencia de un sujeto que las piensa. Ni su enfermedad o dolor remite a una condición de su cuerpo en tanto extensión neutra que se añade a su condición de individuo. Más bien, serían formas de pensamiento que se *experimentan*, que se hacen experiencia en tanto correlación, como discursos, como normalización,

como cuerpo, como sujeto sujetado que es gobernado; pero también como sujeto ético que, desde las prácticas de resistencia, intenta configurarse de otra manera en un proceso sin descanso de gobierno de sí mismo. O como señala de manera clara y rotunda Butler (2008), la práctica “[...] no emana de la libertad innata del alma, sino que se forma en el crisol de un intercambio particular entre una serie de normas o preceptos [...] y una estilización de actos” (p. 15). Esta estilización de sí mismo del sujeto en su relación con las reglas que lo normalizan es lo que podría definirse como *práctica crítica*, que surge y se despliega como forma del pensamiento en la crítica consigo mismo.

Desde esta perspectiva, cuando nos dirigimos al estudio del cuidado en salud, lo observamos como forma de pensamiento que se concretiza en la positividad de su presente, como foco de experiencia que se aparece en una multiplicidad de dimensiones. Pero también nos remonta, desde este presente, a las condiciones históricas y materiales que lo han hecho posible en tanto posibilidades y límites (Pérez-Cortés 2013). De esta manera, nos interrogamos por las condiciones que en cuanto saber lo han hecho posible en su surgimiento y en su funcionamiento como juego de verdad.

Así, analizar nuestro objeto en cuanto experiencia conlleva reconocerlo desde la posibilidad de aceptación o rechazo de las normas que definen cómo cuidar, a quién se cuida, por qué el cuidador asume su responsabilidad como parte de su rol en la familia, así como la relación entre el experto que enseña al cuidador cómo cuidar y cuidarse, etc. Pero, a su vez, supone que nuestro análisis indague en las relaciones que el cuidador, al interior de esta experiencia, establece consigo mismo y las técnicas o tecnología desde las que este se constituye. Son —a nuestro juicio— las relaciones reflexivas y críticas lo que constituye al pensamiento. De esa manera, la experiencia como acontecimiento es la forma que adopta el pensamiento en su despliegue crítico en contra de sí mismo.

Desde lo anterior, podemos referirnos, de manera esquemática, a los tres ejes de la experiencia en torno a la temática del cuidado en salud. En primer lugar, lo podemos considerar como un punto a partir del cual se constituye una multiplicidad de saberes que funcionan como juegos de verdad. En segundo lugar, al ser el cuidado un juego de verdad, es también un conjunto de normas que lo delimitan y especifican, que lo recortan como fenómeno necesario, natural y absolutamente normal dentro de la sociedad. Específicamente, lo sitúan dentro del orden de la medicina que, en su introducción en la familia, define las normas de comportamiento al interior

de esta; también, como parte de las transformaciones que en la propia enfermería se han ido produciendo, y que han configurado nuevas pautas y normas respecto del cuidado humanizado, por ejemplo (Guerrero *et al.*, 2016). Este segundo movimiento remite a las transformaciones que ha experimentado la medicina desde su modelo clínico *contractual* a uno de tipo biopolítico, desde el cual se re-especifica la disciplina en el seno de espacio familiar para definir el cuidado en su interioridad domiciliaria, pero en referencia a un exterior de la población, de sus intereses y riesgos. En tercer lugar, la experiencia del cuidado, en cuanto constitución de cierto modo de ser, nos muestra el devenir de un *sujeto somatizado* que se enferma por cuidar, un sujeto que se constituye como cuidador en la renuncia de sí mismo, pero que también se constituye en resistencia a las formas que lo sujetan.

### **Los juegos de verdad en la experiencia del cuidado domiciliario en salud**

Al aproximarnos a un ejercicio de descripción del cuidado domiciliario (o a cualquier fenómeno susceptible de investigación) en el eje de los juegos de verdad, se nos presenta la dificultad de pensar la verdad de una manera que no remita a la codificación “verdad/falsedad”, desde la que nos interrogamos en clave de saber científico. Temáticas como la experiencia del cuidado se tornan inaprensibles o al menos borrosas. Esto es debido a que, al pensar el cuidado desde la verdad, tendríamos que partir estableciendo las siguientes preguntas: ¿cuál es el cuidado verdadero?; y, en esos términos, ¿cuál sería el falso? Caeríamos así en una aporía que reenviaría infinitamente a la diferencia verdad/falsedad, y nos dejaría atrapados en la soberanía del discurso científico de la medicina. Además, se reduciría el problema a los conceptos y se invisibilizarían las relaciones de poder que atraviesan constitutivamente el fenómeno en cuestión. Para enfrentar esta dificultad, adoptamos una concepción de la verdad que permite comprenderla en su relación con el poder, diferenciándose de aquella verdad científica que se sustenta en una asepsia e higiene de la verdad, que la aparta del poder para así erigirse desde lo alto y decirnos lo que las cosas *son*. Esta concepción parte de la distinción entre verdad *demonstración* y verdad *acontecimiento*, la primera relativa al *método* y la segunda a las *estrategias*. Respecto de la verdad *demonstración*, Foucault señala que:

un saber como el que llamamos científico es un saber que, en el fondo, supone que hay verdad por doquier, [...] la verdad recorre el mundo entero sin ser jamás interrumpida [...] tenemos una tecnología de la verdad

demostrativa que, en suma, se funde con la práctica científica (Foucault, 2005, p.269)

Esta verdad demostrativa –para nuestra temática– nos llevaría a preguntar sobre el objeto de conocimiento “cuidado” y las posibilidades que, tanto desde la teoría como de los métodos, podrían permitir descubrir, fundamentar, comprender en su profundidad y, en definitiva, demostrar que es de una manera y no de otra, estableciendo el límite desde el conocimiento que se dispone de determinado objeto por parte de los sujetos que están habilitados para enunciar esta verdad. Desde esta perspectiva, el saber sobre el cuidado podría ser leído como una verdad al interior del conocimiento médico o desde la posición marginal y complementaria que este le otorga a la enfermería. Por eso, aquellos que intentan hacer uso de este conocimiento, por un lado, asumen de entrada su verdad, mientras que, por otro, se rigen por ella en la relación con los otros, consigo mismos y con el mundo. Pero Foucault, nos presenta esa *otra historia* de la verdad, otra tecnología que no es la demostrativa, sino una tecnología del acontecimiento:

[...] es la postulación de una verdad que, justamente, no está por doquier y siempre a la espera de alguien que, como nosotros, tiene la tarea de acecharla y asirla en cualquier lugar donde se encuentre. Se trataría [...] de una verdad dispersa, discontinua, interrumpida, que solo habla o se produce de tanto en tanto, donde quiere, ciertos lugares, [...] una verdad que no solo tiene su geografía y su calendario: tiene sus mensajeros o sus operadores privilegiados y exclusivos. Los operadores de esta verdad discontinua son quienes poseen el secreto de los lugares y los tiempos, quienes se han sometido a las pruebas de la calificación, quienes han pronunciado las palabras requeridas o cumplido con los gestos rituales; son, además, aquellos a quienes la verdad ha elegido para abatirse sobre ellos: los profetas, los adivinos, los inocentes, los ciegos, los locos, los sabios, etc. (Foucault, 2005, p.271)

Sobre esta concepción de la verdad, es interesante reparar en sus operadores, que –para nuestra temática– no se limitan a estar definidos y fijados a un determinado rol dentro de algún espacio institucional (médico, enfermera, padre-madre, cuidador, etc.), sino en la posición que se adopta a partir de esta práctica de la verdad, desde el ejercicio de configurarse en la verdad que enuncian. Con esto, el acontecimiento del cuidado domiciliario en salud no se limita al *conocimiento* que se dispone para realizarlo, sino a las *relaciones de poder* que han producido que determinado saber devenga un conocimiento legítimo, y que en ese mismo acto se definan las posiciones

de los sujetos, la delimitación de los objetos y la construcción de los conceptos y representaciones que le darán forma. De cierto modo, el cuidado domiciliario en salud no se define por su saber, sino por las prácticas que han permitido que este saber se haga verdad, siendo el propio cuidador y la persona que se cuida la fuente de esta verdad, a partir de esta experiencia. Desde aquí, al bestiario de la verdad acontecimiento que Foucault señala en la cita anterior, podríamos agregar al enfermo y al cuidador domiciliario, en cuanto *formas de sí* que se configuran en la experiencia del cuidado. Con esto, estaríamos señalando que el enfermo del cuidado no es el enfermo del diagnóstico clínico, sino una forma que emerge de la interpretación de los signos que desde la práctica surgen y que definen la propia fisionomía de los participantes en dicha relación.

Foucault se negaba a aceptar el mito que la medicina clínica tenía respecto de la transparencia del sujeto enfermo para el médico, mito con un correlato político evidente que situaba la relación médico-paciente en una suerte de contrato de confianza que definía la verdad última de la medicina en la sociedad (Foucault, 2001). Pero también podríamos poner entre paréntesis la verdad demostración de la medicina y, así, darle algún espacio para que la verdad del cuidado surja en tanto acontecimiento. A diferencia de la relación médico-paciente, que desde su contrato traduce la naturaleza del cuerpo en el orden de las categorías diagnósticas y, por tanto, de la traducción de los “ruidos” a los “mensajes” que la medicina busca escuchar y describir, ese acontecimiento puede surgir como una verdad rayo, una verdad de su conciencia crítica y, por consiguiente, en resistencia con este orden (Foucault, 1966, pp. 558). Bajo esta óptica de la soberanía de la medicina clínica, la naturaleza de la salud es el silencio de los órganos, donde el mensaje es el desciframiento del médico.

A este respecto, se constata el peso que ha tenido el saber médico como delimitación de la verdad sobre el cuerpo enfermo, en su orientación hacia el diagnóstico y el tratamiento, haciendo que el saber de la enfermería quede supeditado al del médico. En este juego de verdad se puede apreciar la tensión del poder soberano que la medicina ha ejercido sobre la enfermería. Podríamos decir que, desde la soberanía médica, el saber sobre los cuidados, propios de la enfermería, queda desplazados a una labor complementaria (Eichnreich y English, 1981). Este desplazamiento y reordenamiento, que establece a la enfermería como un saber “inferior”, denotaría la dinámica de dispersión al interior de la formación del saber médico dentro del juego de verdad de la medicina, estableciendo la propia

certeza de la medicina sobre sí y limitando la verdad de los cuidados a un rincón, a los márgenes, es decir, a los lugares otros (heterotopías).

Es desde este juego de verdad desde donde se producirían las condiciones para la emergencia de un saber sobre el cuidado y el surgimiento del sujeto cuidador, tanto en el dominio de la enfermería como en el ámbito domiciliario. Por ello, si nos preguntamos, por ejemplo, por la *mirada* del cuidador, podríamos plantear que los signos ya no se limitarían a los síntomas de una enfermedad, a lo que un estetoscopio o palpación podría indicar, los cuales el médico traduce como juez dando un veredicto sobre la verdad del cuerpo; remiten a los malestares, dolores, llagas, tiempos, como cuerpo dependiente, con niveles de discapacidad, que requiere determinadas prácticas concretas que permitan una mejor calidad de vida (Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO], 2018). Desde esta mirada cuidadora, el cuerpo enfermo será observado principalmente en relación con las consecuencias que el propio tratamiento ha generado en el paciente y en su familia; por lo tanto, no limitado a lo físico, sino incluyendo lo psicosocial (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014). Para ilustrar este punto, hacemos referencia al Código Sanitario (MINSAL, 1997, p.36) que en el artículo 113 establece como función del enfermero “[...] la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico [...]”. Con ello se evidencia la subordinación del ejercicio de cuidado a la enunciación del diagnóstico y tratamiento, pese a que en la formación del saber cuidador se despliegan prácticas relativas a lo psicológico, a la enfermería, y a ese conocimiento técnico desde el que se entregan las indicaciones sobre lo que hay que observar y hacer.

Pero, así como el cuidado surgiría como objeto de saber desde una superficie discursiva de la medicina en su verdad demostrativa, no es menos cierto que su irrupción en la experiencia y conformación de un cuidador domiciliario remite a espacios que son coexistentes (Foucault 2002). Se trata de la coexistencia entre la medicina y la familia, a partir de la cual se configuraría el espacio donde se realizaría de manera concreta esta práctica que se define a sí misma domiciliaria; se distingue de la que se realiza desde un saber experto y profesional. En efecto, la familia, como superficie de emergencia o como espacio de coexistencia, ocupa un lugar de relevancia en la experiencia del cuidado, ya que esta práctica tan natural y

propia de la condición humana se realizaría originariamente dentro del seno familiar.

Por otro lado, la formación de un saber del cuidado nos remite al sujeto cuidador como es definido desde la propia enfermería que observaría en el integrante de la familia a alguien a capacitar y que, desde su posición de sujeto, podría desempeñar este papel de la manera más humana posible. Desde este saber experto se objetiva al cuidador domiciliario, al definirlo como “la persona con vínculo familiar encargada de tomar decisiones, supervisar y colaborar en las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente producida por la enfermedad o apoyar a la persona cuidada” (Díaz y Rojas, 2009, p. 76). El cuidador domiciliario, además del cuidado del cuerpo individual, velará por una serie de aspectos relacionales y afectivos como son los de la autonomía, independencia y participación social de la persona a su cargo, y en este sentido, un cuidado que se despliega como una permanente relación de sujetos objetivados en la que el cuidador se ajusta y delimita su propia vida al cuidado y la persona cuidada, al punto de despojarse de sí mismo, en beneficio del otro (Hernández *et al.*, 2014).

De alguna manera, dentro de esta estructura de experiencia se produciría una tensión entre diversos elementos relativos a la verdad que el cuidado presupone, y que son efectos de la estructura. Esos efectos de verdad y condiciones de poder, desde una relación circular, generarían la superficie lisa de la naturaleza humana, que se impulsa hacia el mantenimiento de la vida, hacia la profundidad del cuidado y de la interioridad que esta supone, tanto en el sujeto cuidador como en el objeto de cuidado. La profundidad de un objeto cuidado ya supone al sujeto que lo realiza, definiendo para este una fisionomía que, si bien cruzaría la naturaleza humana, auscultaría ciertos modos de ser que irán tallando una interioridad y profundidad en el propio cuidado. En esta profundización e interiorización, el saber médico, enfermero y psicológico, jugarán un papel central. El cuidado, bajo esta perspectiva, produciría la realidad tanto interna como externa que lo moviliza, no habiendo una condición previa de naturaleza pre-conceptual, pre-discursivo o trascendental en general, antes del cuidado como experiencia. Por eso, a esta naturaleza humana, subsidiaría del humanismo y sus múltiples rostros, más que negarla habría que interrogarla a la luz de su propia constricción discursiva que le permite aparecer como una verdad para el cuidado.

### **Matrices normativas desde la “medicalización de la sociedad”**

Para dar cuenta de las transformaciones en el dominio de los juegos de verdad de la medicina y su soberanía, donde el cuerpo y la enfermedad se muestran como realidad objetiva, a la medicalización de la sociedad, como el desborde de los límites de este contrato médico-paciente, hay que remitirse a las transformaciones en las formas de poder. Para ello, hay que hacer referencia al desplazamiento de la medicina desde el espacio de la enfermedad a una medicina que desborda la enfermedad y se expande excesivamente a la sociedad en su conjunto; es decir, desde un análisis de la medicina moderna en función del surgimiento de la experiencia clínica en el juego de la palabra y la mirada, que encerraba “el espacio del cuerpo en el espacio de la enfermedad” (Foucault, 2001. 138-139), a una analítica de un acontecimiento como la medicina social que conlleva la exterioridad de la medicina a la sociedad como realidad biopolítica (Foucault, 1974a, 1974b, 1974c).

Así, la patología médica definida desde la anatomía patológica, como saber productor de un objeto referido a la medicina clínica y a sus posibilidades disciplinarias desde el hospital, son trascendidos hacia una medicina social que, desde la premisa de la regulación social de la vida misma, deviene susceptible de ser considerada como patológica o, por lo menos, interrogada respecto de las normas que la regulan. Podríamos decir que se trata de pasar de una patología anclada en la medicina clínica a una patología relativa a preguntas por las normas y los procesos de normalización relativos al cuerpo especie denominado como población. Ahora la pregunta ya no será sobre la enfermedad y el cuerpo del enfermo, sino sobre la medicina como una producción de realidad relativa a la vida biológica de la población, donde en un mismo movimiento aparece la población y una determinada manera de producción de la vida. En este sentido, se observa el desplazamiento de la intervención individual de un cuerpo a la gestión de las poblaciones. Así las cosas, en la medicina clínica el diálogo entre médico y paciente se transforma en un decir sin sujeto, un decir que se produce desde el saber consigo mismo en torno a las posibilidades de un cuerpo que habla a través de sus síntomas; en la medicina social este decir sin sujeto fundante se reinscribe en la vida biológica de la población. La población, en estos términos, vendría a ser una forma de *de-subjetivación* producida desde el gobierno de la vida.

Esta tecnología de la medicalización y su referencia a la vida biológica de la población modifica el espacio de objetos de la intervención médica,

desplazándose desde las enfermedades a las tasas de natalidad, mortalidad, desviaciones en la sexualidad, higiene pública, vida sana, prevención, entre otras. Esta expansión implicará la ampliación a otras prácticas de gobierno de la vida, tales como la gestión de la enfermedad y de la muerte, la administración de los cuerpos, el monitoreo de la reproducción, la gestión del riesgo y el mejoramiento del cuerpo sano, entre otras. Se evidencia, de este modo, que la vida humana se encuentra enteramente medicalizada (Rose, 2012). Así también, la medicalización conllevaría la expansión de las propias normas desde las cuales se ejercerá el gobierno como una “tecnología política de los individuos” (Foucault, 2013b, pp. 239-256), concretándose en prácticas, técnicas y procedimientos. Es decir, el gobierno en cuanto relaciones de poder vendría a ser la “forma en que podría dirigirse la conducta de los individuos o de los grupos [...] estructurando un campo posible de acción de los otros” (Foucault, 2013b, pp. 253-254). Este campo de lo posible, en referencia a las normas y su función reguladora, se instaura como forma de normalización, es decir, el proceso que constituye a los sujetos desde las normas que estos utilizan para actuar, ya sea en su aceptación o en su rechazo.

La medicalización, como expansión del territorio de la medicina y de la heterogeneidad de sus objetos de intervención, la podemos interpretar como la emergencia de condiciones que permitirán el surgimiento y funcionamiento del cuidado en salud como “dispositivo”, que —de acuerdo a lo señalado por Castro (2018)— se compone de los siguientes aspectos: además de consistir en la “red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos”; el dispositivo estaría compuesto por sus propias posibilidades de relación, ya que “establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos”, al emerger en un momento dado para dar respuesta a alguna urgencia o problematización social, teniendo así una “función estratégica” (Castro, 2018. pp. 131-132). No solo se define por la estructura de elementos heterogéneos, sino también por su génesis; desde su operatoria estratégica, el dispositivo temporaliza sus afirmaciones, negaciones y contradicciones. En un momento resalta “el objetivo estratégico” y, en otro momento, “la constitución del dispositivo propiamente dicho”, de modo que su propia constitución conlleva un “proceso de sobre-determinación funcional”, desde el cual “cada efecto, positivo o negativo, querido o no-querido, entra en resonancia o contradicción con los otros y exige un reajuste”, generándose también “un proceso de perpetuo rellenamiento estratégico” (Castro, 2018. pp. 131-132).

Desde esta perspectiva, el cuidado, tanto en su estructura como en su génesis, exhibiría en su constitución la dinámica de sobre-determinación que organiza estratégicamente el espacio familiar y sus afectos con el espacio médico, generando un orden emergente de prácticas que no se reduce a los elementos presupuestos (médico o familiar), sino a la función de estos dentro del dispositivo. Es así como podemos observar una multiplicidad de elementos dispuestos estratégicamente, a saber: los discursos sobre el cuidado, la moral familiar, el conocimiento enfermero, las expectativas de la medicina, las políticas de salud, el código sanitario, los protocolos de cuidado y la subjetividad del cuidador, entre otros elementos y relaciones. Estas funciones dispositivas, de alguna manera, emergerían en torno a las problematizaciones dentro de las cuales se hacen “necesarias” estas configuraciones estratégicas.

A modo de indicación, y retomando la referencia a la familia, se puede observar a esta como el espacio en el que se actualiza el cuidado en su naturalidad, el sentido profundo de lo familiar, las responsabilidades que conlleva, en definitiva, lo no contingente que sería el cuidado para la familia. Desde la gubernamentalidad, esta no contingencia deviene altamente funcional socialmente. El proceso de medicalización, bajo esta clave de lectura, conllevaría esta naturalización que por parte del Estado se utilizaría para legitimar un desplazamiento del cuidado desde el sistema de salud al ámbito familiar (Vaquiro y Stieповich, 2010). Este desplazamiento puede ser leído en su dimensión gubernamental, la cual enfatiza la transformación de la familia desde la medicalización de la vida, generando las condiciones para que esta ya no se limite al parentesco y filiación, o a ser solo una red de relaciones desde la que se inscribe en un estatus social, ni tampoco solo un mecanismo de transmisión de bienes, “[...] sino que esta debe convertirse en un medio físico denso, saturado, permanente, continuo, que envuelva, mantenga y favorezca el cuerpo del niño” (Foucault 2012, p. 219). Esta función sanitaria incluye a todos aquellos cuerpos frágiles tales como los enfermos y adultos mayores. La familia se convertiría en “el blanco de una magna empresa de aculturación médica, que la comprende como un entorno cuya función decisiva es el cuidado y el mantenimiento del cuerpo del niño”, produciendo a la familia como “un campo privilegiado de intervención sobre la vida, en la herramienta perfecta para la administración de la salud y la fuerza de los cuerpos” (Castro, 2023, pp. 97-99)

En esta línea, la familia reconfigura sus propias reglas a la luz de la responsabilidad que le compete en el cuidado, reglas que en su proceso de

normalización constituirán a un sujeto responsable familiarmente de tener que cuidar a los seres queridos (Jiménez y Moya, 2018). Esa responsabilidad, desde la perspectiva de la enfermería, juega un papel relevante en la configuración de un sujeto que cuida, y sobre el cual se pueden sostener expectativas relativas a su quehacer (Aldana y García, 2011). Por ello, “[...] cuando ya estás agotada te queda el cariño. [...] Si ayudaba a otros, ¿cómo no iba a ayudar a mi madre? Mi madre es mi madre. A mi madre la llevo dentro...” (BID y Comunidad Mujer, 2014, p. 175).

La medicalización se erige como la condición de su propia posibilidad y a su vez de los límites dentro de los que operará en un momento determinado, pero que desde su dinámica intentará desbordar. Desborde que es constitutivo de su propia dinámica, y que se traduce en “[...] la producción de discursos de verdad relativos al carácter vital de la existencia, y producción de prácticas desde agentes tales como nutricionistas, entrenadores, psicoterapeutas, entre otros, quienes vendrían a ser una suerte de expertos somáticos” (Rabinow y Rose, 2006, p. 197). Este desborde de los límites autoproducidos, es indicativo del modo de operar gubernamental del dispositivo del cuidado, que como forma de la medicalización de la vida produce “sujetos somatizados” (Dupuis, 2019, p.582).

### **Modos de ser sujeto cuidador en la experiencia de su somatización**

La metafísica del sujeto como identidad, como reducto último de interioridad, como un cuerpo que habla a través de sus síntomas o malestares nos recuerda el sentido filosófico y político de fondo que está presente en la obra de Foucault. Se trata de aquel sentido relativo a la importancia de detenerse en las diferencias, discontinuidades, márgenes, desbordes y borraduras del rostro, precisamente para atender a lo que las experiencias nos pueden decir, interrogando el propio presente en el que estamos pensando y experimentando; pero no para reafirmarnos como sujetos de conocimiento o como sujetos de derecho, sino para generar una interrogación sobre lo que somos en miras a dejar de serlo. Este gesto puede verse con mayor urgencia cuando se intenta indagar sobre las *experiencias límite*, ya que permiten, desde su encarnación existencial, mostrar los límites dentro de los cuales estas experiencias se producen, y los efectos que estos límites han generado. Desde aquí resulta posible ir a un *afuera* que, en su propio movimiento, desfonde las certezas del orden en el que se ha producido, abriéndose a otras posibilidades de subjetivación.

Sobre esta arista del concepto de experiencia, podemos remitirnos a la entrevista realizada a Foucault donde establece el contrapunto entre la fenomenología y el pensamiento de Nietzsche, Blanchot y Bataille, señalando que para fenomenología la experiencia consiste en “una cierta manera de posar una mirada reflexiva sobre un objeto cualquiera de lo vivido, sobre lo cotidiano en su forma transitoria, para captar sus significaciones”. Al contrario, para los autores referidos, “la experiencia consiste en tratar de alcanzar cierto punto de vista que esté lo más cerca posible de lo invivable”, por lo que más que recuperar la significación de la experiencia cotidiana en un sujeto que la funda, la función de la “experiencia límite” sería “arrancar al sujeto a sí mismo”, “arrastrarlo a la aniquilación o la disolución”; en definitiva, un proceso de “desubjetivación [...] que arranca al sujeto a sí mismo” (Foucault, 2013<sup>a</sup>, p.35)

A primera vista, parecería que esta *experiencia límite* nos remitiría exclusivamente al Foucault de los años sesenta, que se interesa en explorar en la literatura otras posibilidades de mirar, decir y modos de vivir; pero esta noción permite que reconozcamos este proceso de desubjetivación como experiencia que configura un modo de subjetividad entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad, entre la norma y lo que queda fuera de ella; en definitiva, una experiencia que surge en el límite al que ha sido obligada a ubicarse para moverse en la libertad que antes no había sido posible. Pero precisamente este movimiento, al no tener fundamento, permite fundar en el presente, lo que —de acuerdo con Potte-Boneville— describiría como el sí mismo:

[...] lo que él —Michel Foucault— llama *sí* [*le soi*] es el movimiento de una subjetividad haciéndose, es la emergencia de una singularidad irreductible tanto a una simple particularización de las normas sociales en vigencia como a la actualización de formas universales y de estructuras constantes: una insistencia más que una instancia. (Potte-Bonneville, 2007, p.19)

Es un sí mismo labrado desde los límites de su experiencia o como experiencia que se construye desde los límites. De cierto modo, esa experiencia se teje no desde un fundamento ni desde una relación causal o lineal, sino desde una circularidad discontinua y en permanente tensión. Desde esa dinámica podemos intentar pensar la propia figura del cuidador y su proceso de subjetivación, a través de la noción de “normalización de la carga de cuidado” (Dupuis, 2019, p.582). Esta normalización de la carga de cuidado adquiere visibilidad en el denominado *Síndrome del cuidador*, que describe las consecuencias que la labor de cuidar acarrea para la salud

física y mental del cuidador (Zambrano y Ceballos, 2007). Al respecto, el *Manual de cuidado* (MINSAL, 2009) describe los efectos de la carga del cuidado tanto en el ámbito físico (lumbago, dolor en las articulaciones, entre otros) como en el de la salud mental del cuidador que se expresa en una inestabilidad anímica y permanente afectación de su estado emocional (desesperación, pena, culpa, rabia, vergüenza, impotencia, soledad, inseguridad, frustración y resentimiento. El *Síndrome del cuidador*, pone en evidencia el fenómeno paradójico del cuidador como segundo enfermo, y que, de acuerdo a esta condición, requiere ser cuidado para seguir cuidando, siendo este proceso parte de la subjetivación del cuidador como existencia somática (Dupuis, 2019).

Al referirnos al proceso de subjetivación del cuidador, entendido como sujeto somatizado, nos situamos en una reflexión de carácter ético, que relevará la pregunta por la relación que el sujeto establece consigo mismo dentro de la experiencia del cuidar. En estos términos, una interrogación, una problematización respecto de un ser que se modela como cuidador, y que se enferma por cuidar, requiriendo que lo cuiden para poder seguir cuidando dentro de la norma que establece el cuidado normal relativo a la vida biológica de la población (Dupuis, 2019).

De esta manera, este eje de los modos de ser posible como sujeto, tiene a la base una inquietud sobre la tensión ética de un sujeto cuidador que *padece el cuidado que realiza*, destacándose la sujeción implicada en la configuración del cuidador como sujeto somatizado que es funcional a un proceso de medicalización de la vida. En esta línea nos podemos preguntar ¿cuáles son las condiciones que han hecho posible que el cuidador se configure de esta manera? Y ¿cómo en esta misma experiencia de sujeto somatizado ya se encuentran operando acciones de resistencia que se basan en la crítica sobre el modo de ser y sobre las posibilidades de ser de otra manera como cuidador?

En efecto, estas problematizaciones surgen al permitir pensar la constitución de nosotros mismos al interior de determinadas experiencias límite que, en un mismo movimiento, generan las condiciones tanto para la *sujeción* como para la *de-sujeción*. De este modo, la tensión ética que vislumbramos en la subjetivación del cuidador que se enferma por cuidar puede ser leída desde la propuesta ético-política de Foucault. Esta propuesta permite abrir la posibilidad de pensar que, desde la propia configuración de los sujetos sujetados a las normas que los constituyen como sujetos, se producen las posibilidades de crítica a estos “excesos de

poder” (Foucault, 1995, p.8). Traen consigo formas muy concretas de resistencia que estas racionalidades ocultarían, pero que, a través del trabajo de la crítica, quedarían expuestas a la luz en cuanto fisura, grieta, marcas, o fugas, de esta supuesta unidad monolítica e intemporal. En este sentido, si bien la propuesta ético-política de Foucault no responde a los cánones tradicionales del saber ético, en términos de una orientación prescriptiva sobre cómo debemos conducir nuestras vidas, a través de su lectura de la modernidad como *ethos* releva la dimensión ético-política de las formas de subjetivación; es decir, que a través de un sujeto que se constituye a si mismo se ven expuestos los *límites* al poder y a sus excesos.

Esta auto-constitución no es posible sino a través de una práctica crítica del individuo consigo mismo, que reconoce las verdades que lo han constituido y, al mismo tiempo, adopta un punto de vista sobre estas verdades; emerge, así, otra posición de sujeto (sujeto, punto de vista, posición de sujeto) que permite evidenciar para el mundo y para sí mismo el carácter de acontecimiento de estas verdades; por lo tanto, como efímeras y contingentes. Tal posición de sujeto puede ser leída desde la diferencia entre una *pragmática del discurso* y una *dramática del discurso*: Foucault, refiriéndose a la primera, la describe como un tipo de análisis del discurso que se centra en “[...] los elementos y los mecanismos mediante los cuales la situación en que se encuentra el enunciador va a modificar [...] el valor o el sentido del discurso [...]”; mientras que la dramática sería un tipo de análisis en que “[...] los hechos discursivos que muestran de qué manera el acontecimiento mismo de la enunciación puede afectar el ser del enunciador [...] poniendo de manifiesto el contrato del sujeto hablante consigo mismo en el acto del decir veraz” (Foucault, 2009, p.84). De esta manera, en la pragmática del discurso la formación de la modalidad enunciativa, como estatus del sujeto, determinará el sentido del discurso que —para nuestra temática— se referiría a comprender que lo enunciado por el sujeto cuidador, sobre sí mismo y sobre los otros, remite a su posición dentro del dispositivo, dentro de los discursos de verdad.

En estos términos, su *disposición* estaría condicionada por las posibilidades de su práctica cuidadora, que se configura dentro del dispositivo. En el caso de la dramática del discurso, se podría comprender como una ética que consistiría principalmente en un ejercicio reflexivo, orientado a reconocer los marcos dentro de los cuales nos pensamos a nosotros mismos, asumiendo nuestra historicidad y llevándonos a liberarnos de nosotros mismos. Esa relación reflexiva problematizaría las

formas de subjetivación que han sujetado, y que tendrían a la base “el momento cartesiano” que separaría el *conocimiento de sí* del *cuidado de sí*, reduciendo este último a la *objetivación de sí* en un discurso verdadero (Castro, 2018, p.108). Desde estas prácticas discursivas que funcionarían como supuestos del dispositivo del cuidado, por un lado, se fijarían identidades que obturan posibilidades políticas de crítica, llevando a una interioridad cerrada sobre sí misma, configurada desde la posición de sujeto que adoptará dentro de estos discursos de verdad. Dentro de esta experiencia de subjetivación, en la tensión entre la pragmática a la que está inscrita y la dramática de su propia verdad, se puede pensar en el sujeto cuidador como una configuración bio-psi-social, desde la que él mismo es consciente de que requiere mayor formación, consejos y apoyo para realizar su responsabilidad de la manera que corresponde, incluyendo dentro de estas las maneras de autocuidado para sí y para el otro.

Por eso, considerando estas tensiones éticas, se vislumbra una lectura sobre la subjetivación del cuidador, poniendo énfasis en la pregunta sobre la relación consigo mismo y con los otros. En este sentido, se plantea una interrogante sobre el régimen de verdad desde el que el cuidador enuncia sobre sí mismo y sobre los otros, incluyendo en este caso al sujeto cuidado. Desde aquí, nos preguntamos por la relación que el sujeto cuidador establece con este régimen de verdad en su propia constitución como sujeto; también, sobre cómo esta relación del sujeto cuidador, con la verdad que lo constituye dentro del dispositivo, le permite o no vislumbrar *otras posibilidades de gobierno del cuidado*, no limitándose el cuidar a la manera como está predefinida en torno al dispositivo. Es decir, se trataría de pensarlo en torno a los límites del poder y de sus consecuencias en la configuración de un sujeto somatizado.

Sobre este ejercicio de práctica crítica del cuidador sobre sí mismo, que, precisamente, problematice el *sí mismo* constituido desde la medicalización, consideramos que la tradición del cuidado de sí que desarrolla Foucault —como tecnología de gobierno desde los propios sujetos en su relación con la verdad— es una herramienta conceptual de inestimable valor para elaborar, de manera consistente, la problematización ética con base en una lectura crítica que devela las estrategias de *tecnología del yo* tales como el *auto-cuidado*. De este modo, podría resultar un instrumento conceptual que tendría un rendimiento ético-político; por ejemplo, en auscultar la verdad que constituye al sujeto desde sí mismo, al problematizar la relación entre sujeto y verdad en la que este se ubica dentro

de una verdad pre-establecida (Castro, 2016). De esta manera, el *cuidado de sí* nos permitiría interrogarnos por las condiciones de la sujeción en torno a la verdad en la que el sujeto se relaciona consigo mismo en términos pragmáticos y mostrar las posibilidades de reconfiguración, de estilización del sujeto en torno a la propia verdad que ha construido críticamente, exponiéndose en ella al mostrar los límites de las formas que lo han gobernado.

### **A modo de conclusión**

Podemos señalar que la noción de *focos de experiencia*, para abordar nuestra temática del gobierno del cuidado domiciliario en salud, resulta muy pertinente desde el punto de vista conceptual y metodológico. Al tener como eje articulador de los diversos ejes que lo componen la noción de juegos de verdad, explicita el sentido crítico y, desde ahí, la orientación ético política de nuestro trabajo que, al preguntarse por la subjetivación del cuidador en tanto experiencia, nos remite en un mismo movimiento a la constitución del sujeto cuidador en su sujeción y en su de-sujeción. Por lo tanto, explicita que las posibilidades de resistencias se encuentran en los propios procesos de normalización. Es decir, la noción de experiencia nos permite comprender la objetivación del sujeto como objeto del *saber cuidador* y, también, como la objetivación del sujeto para sí mismo y para los demás como *sujeto cuidador*. En ambos planos, el sujeto deviene producto de los procesos que lo objetivan y subjetivan; esto es, de los juegos de verdad que lo definen en su función e identidad, de las matrices normativas que conducen sus conductas dentro de un campo de posibilidades, y de los modos de subjetividad que él asume para sí mismo.

A partir de lo anterior, y en proyección a un trabajo futuro, podríamos profundizar en la noción de *cuidado de sí* para elaborar una crítica del neoliberalismo. De esta manera, si bien se podría plantear una lectura complementaria de la temática del cuidado en salud, considerando los aportes que, por ejemplo, realizan las filosofías y las éticas del cuidado, nuestra apuesta de lectura podría tener una orientación distinta y, a su vez, complementaria. En este respecto, se podría partir de las premisas que Foucault plantea sobre la temática de *cuidado de sí*, en el marco de la relación crítica entre gobierno de sí y de los otros, para que podamos generar elementos que permitan realizar una lectura crítica de los procesos de subjetivación que se llevan a cabo en la gubernamentalidad neoliberal. Con ello, la temática del *cuidado de sí* vendría a plantear un modo de comprensión de lo ético, de la libertad y de la verdad, que permite poner

entre paréntesis o, directamente, desactivar el *modo de relación* con nosotros mismos, con los otros y con el mundo, que el neoliberalismo nos obliga a adoptar en la forma de *gestión de sí*.

### Referencias

- Aldana, G., y García, L. (2011). La experiencia de ser cuidador de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan*, 11(2), 158-172. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898>
- BID y Comunidad Mujer. (2014). *Informe Final. Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral*. BID y Comunidad Mujer.
- Butler, J. (2008). ¿Qué es la crítica? Un ensayo sobre la virtud de Foucault. En transform (Ed.), *Producción cultural y prácticas instituyentes. Líneas de ruptura en la crítica institucional* (pp. 1-31). Traficantes de sueños.
- Castro, E. (2016). La verdad del poder y el poder de la verdad en los cursos de Michel Foucault. *Tópicos*, 31, 42-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7817177>
- Castro, E. (2018). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. Siglo XXI.
- Castro, R. (2023). *Dispositivos neoliberales y resistencias*. Herder.
- Díaz, J., y Rojas, M. (2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Aquichan*, 9(1), 73-92. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/171>
- Dupuis, H. (2019). El cuidado como dispositivo biopolítico de gestión del cuerpo y de la vida emocional. En *Dossier, grupo de trabajo Sociología de los cuerpos y las emociones. XXXII Congreso Internacional ALAS Perú 2019* (pp. 577-584). [https://sociologia-alas.org/wp-content/uploads/2021/04/Dossier-GT25\\_02\\_compressed.pdf](https://sociologia-alas.org/wp-content/uploads/2021/04/Dossier-GT25_02_compressed.pdf)
- Eichnreich, B., y English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. La Sal.
- Foucault, M. (1966). Message ou bruit. En *Dits et écrits, Volumen I (1954-1969)* (pp. 557-560). Gallimard.

- Foucault, M. (1995). ¿Qué es la crítica? [Crítica y *Aufklärung*]. *Daimon*, 11, 5-25.  
<https://revistas.um.es/daimon/article/view/7261>
- Foucault, M. (1999a). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?. En *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen 2* (pp. 343-361). Paidós.
- Foucault, M. (1999b). Nacimiento de la medicina social". En *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen 2* (pp. 363-384). Paidós.
- Foucault, M. (1999c). Incorporación del hospital a la tecnología moderna. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen 3* (pp. 97-110). Paidós.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*. FCE.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. FCE.
- Foucault, M. (2012). La política de la salud en el siglo XVIII (1979). En *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida* (pp. 211-228). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2013a). Historia de la sexualidad, un prefacio. En *Inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (pp. 123-158). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2013b). La tecnología política de los individuos. En *Inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (pp. 239-256). Siglo XXI.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica, II*. FCE.
- Guerrero, R., Meneses, M., y De la Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev. Enferm. Herediana*, 9(2), 127-137. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Hernández, N., Moreno, C., y Barragán, J. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador- persona: expectativas de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidado*, 5(2), 748-756.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>

- Jiménez, I., y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 49, 420-433. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
- MIDESO. (2018). *Guías educativas para el cuidador. Programa Chile Cuida. Sistema de Apoyos y Cuidados*. <http://www.chilecuida.gob.cl/guias-educativas/>
- MINSAL. (1997). Artículo 113. D.F.L n° 725/67. (16 de diciembre de 1997). *Código Sanitario*. Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. MINSAL.
- MINSAL. (2014). *Orientación Técnica Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa*. MINSAL.
- Pérez-Cortes, S. (2013). *La razón en la historia. Hegel, Marx, Foucault*. UAM.
- Potte-Bonneville, M. (2007). *Michel Foucault, la inquietud de la historia*. Manantial.
- Rabinow, P., y Rose, N. (2006). Biopower Today. *Biosocieties*, 1(2): 195-217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Editorial Universitaria La Plata.
- Vaquiro, S., y Stiepovich, J. (2010). Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer”. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Zambrano, R., y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 26-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418005>

# REVISTA STULTIFERA

## DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

VOLUMEN 7, NÚMERO 2, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2024  
ISSN 0719-983X

**Reconocimiento asimétrico, conflicto y justicia contextual: diálogos entre el norte y el sur global**

Ricardo Salas Astraín y Cristóbal Balbontín-Gallo

**La filosofía moral de Kant y la teoría del reconocimiento en el idealismo alemán**

Cristóbal Balbontín-Gallo

**Honneth as a reader of Sartre. On the limits of the Honnethian interpretation of Sartre's paradigm of recognition**

Valentina Santoro

**Teoría crítica y justicia contextual en la filosofía actual: 100 años de problemas y perspectivas compartidas**

Ricardo Salas Astraín

**Algunos aportes para pensar una justicia contextual en América latina**

Cristián Valdés Norambuena

**Colonialismo, diálogo intercultural y reconciliación: controversias entre James Tully y Glen Coulthard**

Andrés MacAadoo Espinoza

**Enrique Dussel y el reconocimiento crítico del Otro: liberación e interculturalidad**

Emmanuel Levine

**Violencia y reconocimiento en procesos de transformación social: el caso de la primera línea en la revuelta social chilena**

María Beatriz Gutiérrez Recabarren

**El gobierno del cuidado domiciliario en salud: una lectura desde la analítica histórico-filosófica de Michel Foucault**

Harold Dupuis Marambio

**Trauma colonial, alcoholismo y consumo de drogas en pueblos originarios: reparación y sanación desde el relato oral mapuche**

Luz Marina Huenchucoy Millao y Andrés MacAadoo Espinoza

**Reseña de Tejeda Gómez, C. (2020). Spinoza. Una política del cuerpo social**

Cristóbal Balbontín-Gallo