

MAESTRÍA EN ESTUDIOS TERRITORIALES

CÁNCER Y TERRITORIOS

Milton Velásquez Arias

Tesis de maestría presentada como requisito para optar al título de Magister en Estudios Territoriales

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Adolfo León Grisales Vargas
Profesor Departamento de Filosofía Universidad de Caldas

UNIVERSIDAD DE CALDAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS –ICSH-
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES –FCJS-
GRUPO DE INVESTIGACIÓN FILOSOFÍA Y CULTURA



FCJS

ICSH
Instituto de Investigaciones en
Ciencias Sociales y Humanas

MET
MAESTRÍA EN
ESTUDIOS TERRITORIALES

MAESTRÍA EN ESTUDIOS TERRITORIALES

CÁNCER Y TERRITORIOS¹

Milton Velásquez Arias²

Tesis de maestría presentada como requisito para optar al título de Magister en Estudios Territoriales

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Adolfo León Grisales Vargas

Profesor Departamento de Filosofía Universidad de Caldas

COMITÉ EVALUADOR

Dr. Orlando Mejía Rivera

Universidad de Caldas, Manizales Colombia

Dr. Julián López García

Universidad Nacional de Educación a Distancia –UNED-España

UNIVERSIDAD DE CALDAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS –ICSH-

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES –FCJS-

GRUPO DE INVESTIGACIÓN FILOSOFÍA Y CULTURA



FCJS

ICSH
Instituto de Investigaciones en
Ciencias Sociales y Humanas

MET
MAESTRÍA EN
ESTUDIOS TERRITORIALES

¹ Tesis inscrita Línea de Investigación Dinámicas Territoriales en el Medio Rural, Urbano y Rururbano.

² Trabajador social, estudiante 1.º cohorte Maestría en Estudios Territoriales, Universidad de Caldas, Manizales Colombia.

Dedicatoria

A mis padres Fabiola y Luis, a mis hermanos, a mis sobrinos, a mis abuelos, a Lucía, a mis tíos y a cada uno de los enfermos de cáncer que ayer, hoy y mañana, se enfrentan a este actor.

Agradecimientos

Esta tesis no hubiera tenido lugar sin el apoyo y sin el aliento de mis familiares, amigos, colegas y personas próximas. La primera mención la dirijo a mis padres y hermanos que se han mantenido en la sombra dándome apoyo, fuerza y cariño.

A *Lucía Cardona*, mi acompañante, cada palabra, párrafo y hoja producida en esta tesis, llevan tu cariño, amor y tranquilidad. Desde el inicio hasta el final, cada uno de tus comentarios me ayudó a ver y a entender no solo la pertinencia del trabajo, sino también, la infinidad de este amor que se hace siempre entre lecturas y escritos.

A mi Director de tesis, *Dr. Adolfo León Grisales Vargas*, quien desde el principio creyó en mí y en mis intuiciones. Sus orientaciones académicas e investigativas, así como sus consejos más cercanos me mantuvieron en firme hasta el final de este ritual. A su grupo de investigación Filosofía y Cultura por acogerme como uno más.

Mi gratitud a los enfermos; niños y niñas, hombres y mujeres que me entregaron parte de su vida para conversar y compartir lo que representa o represento esta enfermedad en sus vidas. Así como a los especialistas que me permitieron entender la forma y retórica del Cáncer.

A Oncólogos del Occidente, por dejarme estar y ser, por permitirme acercarme a los enfermos y cada uno de los servicios. A la fundación albergue la Misericordia de Manizales, por permitirme entender desde sus habitaciones, pasillos y cocina las dinámicas de la casa-albergue.

Hago extensivo mi agradecimiento al *Dr. Luis Fernando Sánchez* con quien compartimos ideas y propósitos sobre la vida y la muerte, a la *Dra. Beatriz Nates* y al *Dr. Gregorio Hernández* por sus evaluaciones y comentarios que, al final de cuentas, posicionaron esta propuesta. A cada uno de los profesores de los cursos que me escucharon y me orientaron para no perder el rumbo. A mis futuros colegas de Maestría y en especial a las abogadas *Amelia Carrillo* y *Camila Martínez*; y al Arquitecto *David Barco* por sus advertencias, discusiones y reflexiones construidas en conjunto que al final, fueron de gran ayuda para acercarme con rigor y tenacidad al objeto de estudio de la tesis.

También extendiendo mi agradecimiento y mi admiración por su trabajo y apoyo en la estructuración final de la tesis, a la fotógrafa *Ingrid Bonilla*, a la profesional *Diana Arbeláez* (guía de escritura) y a la *Ingeniera Patricia García*, por permitirme llevar esta tesis a otras dimensiones estéticas y de proyección de los productos.

Al Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas, que hizo posible este espacio, a la maestría por su rigor y empeño en hacernos investigadores en Estudios Territoriales.

Finalmente, al *Dr. Orlando Mejía Rivera* (Universidad de Caldas) y al *Dr. Julián López García* (UNED, España)³, quienes fueron designados como evaluadores de esta tesis, sus conceptos, apreciaciones y observaciones sensibles, honestas y académicas permitirán más adelante, llevar este trabajo a otras escalas de estudio y de impacto social y cultural tanto en el mundo de los Estudios Territoriales, como en el mundo de la salud y de la enfermedad que siempre nos tienta con sus invitaciones.

³ Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid-España

Tabla de contenido

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Lista de ilustraciones	7
Lista de pinturas	8
Lista de mapas	8
Lista de gráficas	8
Lista de tablas	8
Lista de imágenes	8
Resumen	10
Summary	12
Résumé	14
Presentación	16
Introducción	18
Capítulo 1	25
<i>DE LA ONCOLOGÍA A LA ONTOLOGÍA DEL CÁNCER</i>	25
1.1 El hito territorial. Más allá de una cuestión médica	29
1.1.1 El cangrejo y la metáfora del gran enemigo	35
1.1.2 La guerra contra el Cáncer	46
1.2 La violencia del Cáncer en Colombia: el azote	56
1.2.1 Colombia en los 90 en adelante y Oncólogos del Occidente	63
1.3 Cáncer. El actor no –humano	75
Capítulo 2	84
<i>LOS TERRITORIOS PRODUCIDOS POR EL CÁNCER</i>	84
2.1 Cáncer y estructura. La estructura estructurante de territorios	88
2.2 El ritual de paso	93
2.2.1 La separación	100
2.2.2 Fase liminar o también conocida como fase del viaje o de la transición	102
2.3 El Cáncer: una manera en que los territorios de lo cotidiano se ordenan	108
2.3.1 La clínica. El nuevo centro y sensación de estar de espaldas a los territorios	122
2.3.1.1 La ventana y la vista al mar: Un intento de estar de frente al mundo real	131
2.3.2 La casa y el ser relativo	138

2.3.2.1 La cama: en la que inicia y termina la estructura del Cáncer	147
2.3.3 El albergue: un territorio de la espera y de la esperanza	151
2.3.4 Una reflexión sobre el cuerpo y lo cotidiano: Lo transversal al Cáncer y al territorio	163
Capítulo 3	171
<i>LOS TERRITORIOS DEL CÁNCER: DE LO LÚGUBRE Y CONCEBIDO A LO BRILLANTE Y POSIBLE</i>	171
3.1 Terminación del ritual de paso: agregación y territorialización	174
3.2 Los territorios posibles y anhelados: enfermos y especialistas	192
Conclusiones	199
Recogiendo la experiencia territorial del Cáncer, de los actores y de los estudios territoriales	199
Bibliografía	210
Anexo 1	218
<i>PLAN DE VIAJE: MOSTRANDO EL CAMINO</i>	218
Anexo 2	249
Resolución de calificación Laureada de la Tesis	249

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. El cuerpo después de la negociación y del primer esquema de tratamiento. Milton V., 2016.....	51
Ilustración 2. Antes del Cáncer. Elaboración Milton V., 2016	80
Ilustración 3. Durante el Cáncer. Elaboración Milton V., 2016.....	80
Ilustración 4. El mundo interior del Cáncer. Pabellón de los condenados. Emilia, 2016	84
Ilustración 5. Las estructuras y los mundos paralelos. Milton V., 2015	88
Ilustración 6. Los territorios antes, durante y después del Cáncer. Milton V., 2015	97
Ilustración 7. Estructura y continuidad territorial antes del Cáncer. Tamara Benjumea, 2016.....	112
Ilustración 8. Estructura y continuidad territorial después y durante el Cáncer. Tamara Benjumea, 2016	112
Ilustración 9. La jerarquización de la clínica. Matilde Vargas, 2016.....	124
Ilustración 10. José y la vista al mar. Ingrid Bonilla, 2016.....	131
Ilustración 11. La casa a la medida del Cáncer. Idalba Montoya, 2016.....	138
Ilustración 12. La casa antes del Cáncer. Lourdes, 2016	141
Ilustración 13. La casa después y durante el Cáncer. Lourdes, 2016.....	143
Ilustración 14. Visión panorámica Albergue la Misericordia y Hospital Infantil de Caldas. Milton V., 2016.....	152
Ilustración 15. Trayectorias cerradas entre el albergue y la clínica oncológica. Milton V., 2016	157
Ilustración 16. El cuerpo territorializado por el Cáncer. Lucia Cardona, 2015.....	163

Lista de pinturas

Pintura 1. Primeros ensayos del tratamiento del cáncer mediante la radioterapia. Musée de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Georges Chicotot (1907)	25
Pintura 2. Le Cáncer. María Antónia Santos, 2009.....	29
Pintura 3. La Mona Lisa pintada por el Cáncer. Fundación Ant. Italia, 2013.....	75

Lista de mapas

Mapa 1. Mortalidad por Cáncer en el mundo. Globocan, 2012	45
---	----

Lista de gráficas

Gráfica 1. Categorías de análisis	222
Gráfica 2. El Cáncer. Diseñado Lucia Cardona, 2018	232
Gráfica 3. Diagnóstico: El hito territorial. Diseñado Lucia Cardona, 2018	233
Gráfica 4. Liminalidad-ambigüedad. Diseño, Lucia Cardona, 2018.....	234
Gráfica 5. Territorios del Cáncer. Diseño Lucia Cardona, 2018.....	235
Gráfica 6. El Cáncer. Diseño Lucia Cardona, 2018	236
Gráfica 7. El Diagnóstico. Diseñado Lucia Cardona, 2018	237
Gráfica 8. Liminalidad. Diseñado Lucia Cardona, 2018.....	238
Gráfica 9. Territorio. Diseñado Lucia Cardona, 2018.....	239

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución y organización de la IPS Oncólogos de Occidente. Milton V, 2016.....	72
Tabla 2. Urdimbre Metodológica	223
Tabla 3. Guía de entrevista semiestructurada enfermos	226
Tabla 4. Guía de entrevista semiestructurada para los especialistas	228
Tabla 5. Guías de dibujos.....	229
Tabla 6. Actores - Enfermos	230
Tabla 7. Actores - Especialistas	230

Lista de imágenes

Imagen 1. Entrada principal Clínica ambulatoria de Oncólogos del Occidente, sede Armenia. Milton Velásquez, 2015	33
Imagen 2. Mr. President Nixon can cure cancer. Lasker. The New York Times, 1969.....	37
Imagen 3. Planificación y estudio de un tumor de laringe. Medica Virginia Ruiz, 2014	49
Imagen 4. La Habitación, Sede Oncólogos de Occidente, Hospital Infantil de Manizales. Milton V., 2014.....	53
Imagen 5. Máscara termoplástica de radioterapia personificada Capitán América. Milton V. 2016....	53
Imagen 6. Fachada Instituto Nacional de Radium Colombia, 1934.....	56
Imagen 7. Equipo de Radioterapia del Instituto Nacional de Radium Colombia, 1940.....	60

Imagen 8. Realidades, mundos y territorios paralelos. Angelo Merendino, 2011	106
Imagen 9. La clínica y la sensación de estar de espaldas al mundo real. Fotografía Ingrid Bonilla, 2016	122
Imagen 10. La ventana y el paisaje de regreso. Milton V., 2015	135
Imagen 11. La cama. Angelo Merendino, 2011	147
Imagen 12. Los camarotes del albergue fundación la Misericordia. Milton V., 2017	151
Imagen 13. El oratorio del albergue Fundación la Misericordia de Manizales. Milton V., 2016	160
Imagen 14. La cama a la manera del enfermo. Milton V., 2016	171
Imagen 15. Días de quimio. Milton V., 2016.....	174
Imagen 16. La cobija, la almohada y los peluches sobre la cama. Milton V., 2016	182
Imagen 17. La habitación, mi mundo ampliado y retraído. Milton V., 2016.....	183
Imagen 18. El altar en la Clínica de Oncólogos de Occidente, Sede Pereira. Milton V., 2015	186
Imagen 19. El radio y el atril de quimioterapia, Sede Pereira. Milton V., 2016	186
Imagen 20. De lo real a lo posible. Ingrid Bonilla, 2016	192
Imagen 21. El viaje final, me voy. Angelo Merendino, 2011	199
Imagen 22. Revisión Comité de Bioética, Facultad de Ciencias para la Salud Universidad de Caldas	241
Imagen 23. Resolución de calificación Laureada de la Tesis.....	250

Resumen

La presente tesis propone un análisis territorial del Cáncer, como un actor social no humano que produce, construye y delimita una serie de espacios normados y estereotipados como la clínica, la casa, el cuerpo, el albergue, la habitación, la cama y la ciudad; que reestructuran la vida cotidiana y a la vez imponen una estructura que influye en la gestión y organización en que dichos espacios se dan y deben ser habitados, frecuentados y transitados temporal o permanentemente por los actores sociales que se ven tocados por este actor.

El objetivo transversal de la tesis es *mostrar e interpretar cómo el Cáncer⁴ construye y objetiva otras estructuras a través de las cuales se nos dan y se nos proyectan los territorios de la vida cotidiana*. Para este fin, se han considerado como entrada territorial las *prácticas* y los *discursos* que tercián en la significación y delimitación de los territorios antes, durante y después de la incidencia de este actor no humano. Como Unidad Socio-Espacial de Análisis (USEA), se ha definido el *Centro de Tratamiento*, entendido como la correlación y relación entre la *clínica, la casa, el cuerpo y el albergue*; ya que son apropiaciones que se instaura en tiempo y espacio como una continuidad y discontinuidad territorial cerrada adyacente al hito (diagnóstico) territorial de este actor.

En términos particulares, esta investigación pretende aportar nuevos conceptos y evidenciar otras estrategias de territorialización de los actores (en este caso de los enfermos) que permitirán ampliar la discusión contemporánea de los problemas territoriales, en especial, de aquellos que se refieren a la construcción territorial mediada tanto por actores humanos como por actores no humanos, como a aquellos que se refieren a la manera como la construcción territorial se determina por la enfermedad y, de modo específico, por una enfermedad particular como lo es el cáncer, que propiamente cabría considerar como un actor social no humano, que media y redefine la identidad, los vínculos físicos y simbólicos a través de los cuales los actores sociales se asientan, se organizan y se orden en los espacios sobre los cuales suelen transitar, frecuentar e incluso habitar temporalmente.

⁴ Al asumir al Cáncer como un Actor Social no Humano, se le otorga entre otras cosas, cierta capacidad de agencia social y simbólica, lo que le posibilita actuar e incidir en el desarrollo de las relaciones estructurantes de las sociedades. Bajo esta insinuación epistemológica y metodológica, en esta tesis Cáncer como actor social se escribirá con C mayúscula. Solo se llegará a escribir con c minúscula cuando al cáncer se le asigne de nuevo su condición de enfermedad o de problema de salud pública, por ejemplo, cuando se utilice la frase “*enfermos de cáncer*”, allí ira con c minúscula, pero cuando se haga alusión al Cáncer como actor se escribirá con C mayúscula dadas sus capacidades de incidencia y transformación de las condiciones en las que está dada y organizada la estructura social y territorial.

El estudio se realizó en lo que aquí hemos denominado como la Onco-región de la enfermedad, específicamente, tuvo lugar en las ciudades de Manizales, Pereira y Armenia; se tomó como eje de análisis Unidad Oncológica de Oncólogos del Occidente S.A., además de la fundación albergue La Misericordia de Manizales. Se trabajó durante el año 2016 con diez (10) enfermos de distintos tipos y formas de cáncer, así, como con diez (10) especialistas y un acompañante. A su vez, se realizaron grupos focales en las salas de quimioterapia, cartografías, infografías, dibujos (del antes y del después) y autoetnografías.

Ce travail présente une analyse territoriale du Cancer comme un acteur social non humain qui produit, construit et limite une série d'espaces normés et stéréotypés comme la ville, la clinique, l'auberge, la maison, la chambre, le lit et le corps; comme ça le cancer recompose la vie quotidienne et en même temps impose une structure qu'influe dans la gestion et dans l'arrangement dû auxquelles ces espaces se constituent et sont habités, fréquentés et transités temporelle ou de façon permanente par les acteurs sociaux qui sont touchés par le cancer.

Summary

This thesis proposes a territorial analysis of Cancer⁵ as a non-human and social factor that produces, constructs and delimits a series of regulated and stereotyped spaces such as the clinic, house, body, shelter, room, bed and the city. Those stereo types restructure everyday life and impose the forms in which spaces are used, marked and populated temporarily or permanently by social factors who are touched by Cancer.

The main objective of this thesis is to interpret and show the way cancer constructs and objectifies the forms to use territories of daily life. In fact, the practices and discourses published in the territories before, during and after the impact have been considered as a territorial entry of this factor social and cultural construction. As a Socio-Spatial Analysis Unit (USEA) the Treatment Center has been defined, understood as the correlation and the relationship between the clinic, home, body and shelter. Besides that, all places are positioned in time and space with territorial Continuity or closed territorial discontinuity that is adjacent to the milestone (diagnosis) of this factor.

In simple terms, the research shown focuses in contributions, results, and practices seen in the territorializing of factors (in this case, in patients). Those patients allow the discussion to rise to current territorial issues. Specially the process of construction of spaces by human and non-human factors that built the territory based on the illness. The Cancer, individually, should be considered as a non-human factor that delimits and polishes the identity of physical and symbolic associations for the social factors to settle and organize themselves in the spaces that tend to be occupied, visited and even temporary populate.

The study took place in the cities of Manizales, Pereira and Armenia and became a fundamental reference in the clinic of Oncology Unit Oncólogos de Occidente S.A. In addition, during 2016, we worked with La Misericordia hostel foundation in Manizales with ten patients of different

⁵ Assuming Cancer as a Non-Human Social Actor, is granted a capacity of social and symbolic agency, to act and influence the development of the structuring relationships of societies. Under this epistemological and methodological insinuation, in this thesis Cancer as a social actor will be written with a capital C and with c when reference is made to cancer in its condition of illness or public health problem, for example, when the phrase "ill of cancer".

types of cancer one companion. At the same time, focus groups were held in chemotherapy rooms, cartographies, infographics and autoethnographies.

Résumé

L'objectif qui traverse la thèse c'est de *montrer et interpréter comment le Cancer⁶ construit et révèle autres structures à travers du quels les territoires de la vie quotidienne sont donnés et projetés*. Dans ce but, on a considéré comme entrée territoriale les *pratiques* et les *discours* qui servent de médiateurs entre la signification et la délimitation des territoires, avant, durant et après de l'intervention du Cancer. Comme Unité Socio-Spatiale d'analyse on a choisi le *Centre de traitement* comprise comme une *corrélacion entre la clinique, l'auberge, la maison et le corps*, parce que les *Centres de traitement* s'installent dans le temps et l'espace comme une discontinuité territoriale fermée et adjacente à l'évènement marquant (moment du diagnostic) territorial du Cancer.

Plus précisément, dans cette recherche on s'est proposé d'apporter nouveaux concepts et de remarquer autres stratégies de territorialisation des acteurs sociaux (dans ce cas des malades) cela permettra d'étendre la discussion contemporaine sur les problèmes territoriaux, spécialement, ceux qui font référence à la construction territoriale conduite tant par des acteurs non humains comment par des acteurs humains et ceux qui contemplent la manière comment la construction territorial est déterminé par la maladie et, spécifiquement, pour une maladie particulière comme le cancer, cette maladie en tant Cancer, acteur social non humain, redéfinit l'identité, les liens physiques et symboliques par lesquels les acteurs sociaux s'installent, s'organisent et s'ordonnent dans les lieux sur lesquels fréquemment transitent et dans lesquels habitent, même temporellement.

On a réalisé cette étude dans cette région qu'on a nommée Onco-région de la maladie, spécifiquement, dans les villes de Manizales, Pereira et Armenia, on a pris comme axis principal d'analyse l'unité oncologique Oncólogos del Occidente S. A., en plus de la fondation d'auberge La Misericordia à Manizales. La recherche s'est développée pendant l'année 2016 avec dix (10) malades qui souffraient de plusieurs genres et formes du cancer ; dix (10) médecins spécialisés

⁶ Quand on assume le Cancer comment un acteur social non humain, on le donne certaine capacité d'agence sociale et symbolique, ce qui fait possible que le Cancer agit et aie incidence dans le développement des relations qui fondent les structures sociales. Sous cette présomption épistémologique et méthodologique, dans cette thèse on écrit le Cancer conçu comme acteur social non humain avec la **C** majuscule, pour remarquer l'incidence du Cancer dans la transformation de la structure social et territorial et aussi pour le distinguer du cancer avec **c** minuscule que l'on comprendra comme la maladie ou comme un problème de santé publique, par exemple, quand on emploie de terme « malades de cancer ».

en cancer et une personne de compagnie d'un patient. On a réalisé à la fois des groupes focaux dans la salle de chimiothérapie dans lesquels les participants ont fait des cartographies, des infographies, des dessins et des auto-ethnographies (d'avant et d'après du cancer).

Presentación

Se trata de una Investigación original e interesante, que indaga por las formas como la enfermedad en general, y de modo particular el Cáncer, determina, condiciona y genera modos de apropiación de los espacios de vida cotidiana de los actores tocados por esta enfermedad.

La relación entre Cáncer y territorio suele pensarse en términos de cuestiones de salud pública, referidos a la prevalencia de la enfermedad en determinados lugares, sin embargo, la intención de Milton en esta investigación no es esa, es más bien mostrar de qué manera una enfermedad como el Cáncer, tiene implicaciones territoriales profundas. Hay al menos otra enfermedad en la que son evidentes las implicaciones territoriales, la lepra; sin embargo, el Cáncer, impone otros modos diferentes de territorialización e implica otros territorios, además el Cáncer tiene, por así decir, otro carácter.

En fin, se trata de un trabajo estructurado en tres grandes capítulos: en *el primero* se ocupa de la pregunta por el “ser” del Cáncer, pero de nuevo acá es bien sugerente que se propone entenderlo no sólo desde una perspectiva médica, sino más bien, como un “*actor social no humano*”. En el *segundo capítulo* se ocupa propiamente de mostrar los territorios del Cáncer, que van desde la propia cama del enfermo, hasta la unidad de cuidados intensivos o el albergue donde sus familiares esperan su recuperación, o su muerte. Muestra en este capítulo, de qué manera el Cáncer impone tanto otras maneras de transitar, como otros espacios para habitar que indudablemente modifican la cotidianidad. Y en el *tercer capítulo* muestra de qué manera estos espacios otros, como la Unidad Oncológica y la cama en la clínica se van apropiando y reconfigurando, para convertirse en nuevos espacios vitales y cotidianos de habitar del enfermo.

En términos metodológicos es un trabajo ambicioso, el trabajo de campo realizado y el corpus levantado para esta investigación es enorme. Se trata fundamentalmente de un estudio fenomenológico, con un gran nivel de detalle en el trabajo etnográfico y autoetnográfico (valga mencionar que en este trabajo se cruzan la mirada objetivante e imparcial del trabajo científico, con la propia experiencia laboral y la mirada, íntima, subjetiva, orientada al cuidado y a la sensibilidad del trabajo social, de allí la relevancia del trabajo fenomenológico y de la autoetnografía).

También hay que destacar la amplitud del trabajo realizado para las entrevistas con pacientes, médicos y personal de apoyo. Se cuidaron además los detalles exigidos por la integridad de la investigación científica, se tramitaron adecuadamente los permisos tanto de las clínicas donde se realizó el trabajo de campo, como del comité de ética de la Universidad de Caldas; para todas las entrevistas con pacientes y las fotos tomadas, se solicitó el consentimiento de las personas implicadas. Y cabría destacar de qué forma la misma sensibilidad del investigador logró que en varios casos, los enfermos vieran en la propia investigación de la que hacían parte, un pequeño alivio a su dolor y desesperanza; Milton logró pues combinar de manera excelente su condición de trabajador social, sensible y comprometido con su tarea, y las exigencias de la investigación científica.

No me cabe duda de que esta investigación constituye un aporte, en tanto que propone una mirada al territorio, que en cierta medida desborda (aunque a la vez incluye) lo propiamente cultural, o lo social, o lo político; en últimas, se trata de pensar la relación íntima entre territorio y cuerpo, que por lo general lo hemos pensado desde formas de habitar referidas por excelencia al caminar, o a otras que en todo caso implican la salud y por lo mismo una cierta invisibilidad del propio cuerpo para la conciencia. Y al final piensa uno, si de la misma manera en la que el propio cuerpo se hace dolorosamente visible para la conciencia a partir de la enfermedad, ocurre también algo parecido con el territorio: que la enfermedad hace también dolorosamente visible para la conciencia el territorio vivido. Como si estar enfermo fuera entonces no solo sentir y saber del propio cuerpo, sino también sentir y saber del propio territorio habitado.

Adolfo León Grisales Vargas
Director de Tesis
Profesor de Planta Asociado al Departamento de Filosofía
Grupo de Investigación Filosofía y Cultura
Universidad de Caldas
Manizales Colombia

Introducción

Esta investigación parte de dos vivencias: por una parte, mi trabajo por más de tres años como trabajador social en una clínica o unidad oncológica, en la que sin duda alguna no solo me enfrenté a la ferocidad de esta enfermedad y a los padecimientos de los enfermos, sino también, a la sensación de estar en territorios diferentes y distintos a los míos cuando estaba al interior de la clínica. Al ingresar a la clínica en cualquiera de las sedes de Oncólogos del Occidente, me sentía despojado de la estructura discursiva y práctica con la que normalmente transitaba y frecuentaba mi casa, la universidad, las bibliotecas, las calles y los medios de transporte. En términos generales, me sentía paradójicamente fuera de mí mismo o como lo explica Jean Luc-Nancy (2007) como un intruso en mí mismo.

Una sensación de incomodidad espacial generada en principio por la enfermedad en sí (temor) y por los tratamientos utilizados (violentos), y con especial preponderancia, por los espacios que constituyen la clínica oncológica como lo son la sala de quimioterapia, el bunker de radioterapia, la sala de braquiterapia y la sala de espera (solo por nombrar algunos) que se caracterizan por ser lúgubres (allí se escuchan los pasos de la muerte), estériles (ya que no hay posibilidad de decoración alguna), agresivos (por los tratamientos que intervienen el cuerpo), pequeños (porque solo hay espacio para la cama y el mueble del acompañante) y ajustados a una multiplicidad de normas y reglas (administrados espacialmente por el equipo médico); lo que no da posibilidad alguna, para que sean vividos o al menos organizados de conformidad con ese territorio cargado o significado por cada uno de los actores.

La segunda vivencia fue la experiencia de mi padre que fue diagnosticado con un cáncer de próstata a mediados del 2008, lo que representó un quiebre familiar, simbólico y social en la medida que la enfermedad implicó un cambio y una transformación tanto de las dinámicas discursivas y prácticas, como un cambio de las trayectorias y espacios frecuentados, transitados y habitados por mí padre como por mi familia. Pasé, entonces, de ir de la casa a la universidad, a ir de la casa a la clínica y a la universidad o viceversa. Lo particular de cada uno de estos viajes era la sensación reinante de sentirme conectado y encerrado en una escala o naturaleza de los espacios que en esta tesis denomino los territorios del y para el Cáncer.

Fruto de lo vivenciado en y con el mundo del Cáncer planteé dos hipótesis centrales que no solo aportan a la discusión de los problemas territoriales contemporáneos, sino también, a la configuración de una geografía cultural de la salud en clave al territorio y a los actores (enfermos).

La primera de ellas tiene que ver con *“lo que le ocurre física y simbólicamente al cuerpo, le ocurre física y simbólicamente a los territorios habitados, transitados y frecuentados por el cuerpo que ha sido trastocado o territorializado por el Cáncer y la segunda, que el Cáncer en último término, es una estructura estructurante de modos y formas en que los territorios se nos da, se nos muestra y se nos proyecta en la vida cotidiana,* en tanto no solo impone la manera en que deben ser apropiados, delimitados y organizados los espacios de vida cotidiana, sino que a su vez, reconfigura cada uno de los territorios ya habitados (antes del hito) por los actores a través del establecimiento e imposición de una serie de prácticas y discursos de medicalización que entre otras cosas, delimitan e incluso, cohiben el uso y gestión de los espacios.

Es así, que esta Investigación versa sobre la relación entre Cáncer y territorio, específicamente, entre las construcciones territoriales acaecidas a partir del diagnóstico (hito territorial) de la enfermedad en y sobre los espacios de la vida cotidiana de los actores sociales ahora enfermos. Para este trabajo, el Cáncer, no es asumido estrictamente como un problema de salud pública o como una enfermedad de carácter universal (que lo es y lo seguirá siendo), sino que se asume, como un actor social no humano que se caracteriza particularmente, por su incidencia en las dinámicas y disposiciones territoriales producidas por los demás actores sean humanos o no humanos que participan de la estructura social.

Desligarnos radicalmente en esta tesis de concebir al Cáncer como un problema de salud pública o como una enfermedad, metafóricamente hablando, significa o representa sacar a esta perturbación de los órganos del cuerpo y del consultorio, para contemplarlo y analizarlo bajo otras circunstancias que tienen que ver en este caso con esa capacidad intersticial y oculta⁷ que tiene el Cáncer de construir, demarcar, ordenar, organizar, gestionar y nombrar el espacio habitado por los enfermos. De no asumir el Cáncer como un actor social no humano que camina,

⁷ Se utilizan estas dos expresiones para hacer alusión a ese carácter territorial que tiene el Cáncer, a ese carácter y capacidad de agencia cultural y simbólico que se oculta detrás de la malformación y crecimiento inesperado de las células que afectan física y visiblemente el cuerpo humano. Aquí la idea es develar aquellos aspectos del Cáncer que impactan el espacio socialmente construido por los actores sociales que modifican su ritmo, su uso, su organización y su disposición cultural y simbólica.

que viste, que desviste, que habla, que come, que duerme y que transforma tanto lo humano como lo simbólico, es obviar por un lado las hipótesis planteadas y por el otro lado, la posibilidad de ir más allá de su impacto social, político y territorial que en último término, es lo que nos interesa desarrollar en esta tesis.

Presentar al Cáncer como actor social no humano, apoyado en las ideas de Latour (2008), tiene sus desafíos metodológicos y epistemológicos, ya que no solo se da cuenta de los efectos físicos y emocionales de este actor (que son varias), sino que a su vez, y en el marco de los estudios territoriales de las repercusiones, organizaciones y limitaciones territoriales que paulatinamente se materializan o se proyectan a partir de su diagnóstico, como continuidades y discontinuidades territoriales que rompen con la homogeneidad espacial de esos espacios vividos por los actores sociales afectados por este singular actor social no humano.

En este sentido, son una serie de continuidades y discontinuidades espaciales que por una parte, se mueven a la par con la estructura social y normativa ya establecida pero que se encuentran simbólicamente subsumidas (detrás o debajo), y por otra parte, instauran y proyectan otros emplazamientos estereotipados por múltiples realidades, actores, normas, restricciones y sentidos que obligan a que la vida cotidiana de los actores enfermos comience a transitar por un intermedio, por una marginalidad y por una liminalidad socio-espacial de esos espacios “nuevos”.

A lo que hacemos alusión en términos territoriales, es que el Cáncer implica de entrada la constitución de dos mundos, de dos espacios paralelos, de dos territorializaciones que se mueven en simultáneo y sin fricción alguna en tanto se encuentra uno arriba y el otro abajo, sin embargo, esto no significa, que no entren en disputa o en tensiones bien sea física o simbólicas.

Al estar sano no solo se es otro físicamente, sino que también se es otro en los espacios de la vida cotidiana en los que los actores no se percatan de los espacios cotidianos cuando están enfermos, esos espacios pasan a estar abajo o mejor aún, pasan desapercibidos, es decir, se invisibilizan. Igual sucede cuando la condición que habita al sujeto es la de enfermo, el enfermo transita por aquellos espacios diseñados para la enfermedad, mientras que los demás espacios por los que anteriormente solía transitar pasan a estar abajo, ciertamente, dejan de ser representativos.

Como actor social no humano, el Cáncer construye y proyecta no solo otros territorios o jurisdicciones, sino que a su vez reconfigura los espacios existentes como la casa, la habitación, el barrio, la oficina de trabajo y la ciudad ya que por una parte, instituye nuevos significados asociados a la enfermedad y a las prácticas de medicalización y por otra parte, modifica las trayectorias en tanto comienza a conectar espacios con otros de los cuales como indica Oliver Sacks (2002) antes no se tenía concepción ni idea alguna que existían⁸, como por ejemplo, la clínica especializada en Cáncer y en especial, cada uno de sus espacios como lo son el búnker de radioterapia, la sala de quimioterapia, el pabellón de hospitalización, la unidad de cuidados intensivos y el albergue entre otros emplazamientos que se van disponiendo en la medida que el Cáncer asume cierto control sobre las dinámicas físicas y simbólicas de los actores sociales.

En esta investigación el territorios es entendido como una construcción social y cultural proyectada por los actores humanos (Nates, 2010), y a su vez como un producto (Saquet, 2015) que resulta en este caso, como un fruto de las mediaciones, encuentros y pugnas discursivas y prácticas proyectadas tanto por los actores humanos (enfermos, especialistas y acompañantes) como por los actores no humanos (tratamientos, medicamentos, células cancerosas) que participan de la objetivación y expansión de esta estructura en el mundo de la vida de los demás como ocurrió en mi caso.

La pertinencia para este investigación del concepto de territorio es clave y preponderante ya que de acuerdo a Marcos Saquet (2015), se trata de un concepto “*expresivo en el sentido de que permite develar las relaciones de las sociedades con la realidad material e inmaterial*” (p. 9), en este caso, entre los enfermos y el Cáncer/ entre el enfermo y el espacio vivido así como entre el Cáncer mismo el espacio delimitado por sí mismo. Develar estas relaciones o vínculos, resulta preponderante no solo para comprender la historicidad, geograficidad y sociabilidad de los actores afectados por este mal o por otros que no son considerados en este trabajo, sino también, para repensar tanto en su estructura como en su concepción, el sistema de salud en el que son atendidos los enfermos. En últimas, se trata de una apuesta heterogénea y amplia que toma

⁸ Es importante destacar que la afirmación de Oliver Sacks (2002) respecto a los territorios inimaginables es producto de los trabajos realizados por el autor con los enfermos que presentan diversos problemas neurológicos, mas no con enfermos de cáncer. En esta tesis se ha citado con frecuencia diversas reflexiones de este autor en virtud que consideramos guardan relación directa con las implicaciones simbólicas y físicas del Cáncer en y sobre el territorio de los enfermos, más no se está insinuando que Oliver Sacks haya realizado sus trabajos con enfermos de cáncer.

diversas variables, sean estas físicas, emotivas, políticas y espaciales para entender los procesos de salud y enfermedad en él que nos encontramos inmersos cuando caemos enfermos.

En términos metodológicos, se ha seguido una investigación cualitativa, fundamentada en un estudio fenomenológico, con un gran nivel de detalle en el trabajo etnográfico y autoetnográfico, en el que fue factible el cruce de la mirada objetivante e imparcial del trabajo científico, con la propia experiencia laboral y la mirada íntima, subjetiva, orientada al cuidado y a la intervención de trabajo social. Se trabajó con diez (10) enfermos de distintos tipos de cáncer y con diez (10) especialistas⁹. Tanto los enfermos como los especialistas se encontraban distribuidos entre las ciudades de Armenia, Pereira y Manizales (Anexo: ver plan de viaje 3)

La metodología se objetivo en la etnografía y en la autoetnografía, en la medida que se priorizaron los discursos y las prácticas a través de los cuales los actores humanos como los enfermos y los especialistas acotan, delimitan, objetivan y dan sentido al nuevo orden establecido por este actor no humano. La etnografía a su vez fue asumida también, como el método en el sentido que posibilitó el desarrollo y la articulación de una serie de técnicas e instrumentos de recolección de información como lo son, la entrevista semiestructurada (Anexo: ver plan de viaje 2), la observación participante, la descripción, el dibujo, la revisión de fuentes secundarias y una serie de cartografías asociadas a una temporalidad del antes y del después del hito territorial.

Organización de la tesis

La tesis se encuentra estructurada en tres capítulos y un apéndice de conclusiones, además de un documento final que he querido denominar plan de viaje (anexos). En el primer capítulo “*De la oncología a la ontología del cáncer*”, el propósito es realizar una interpretación de cómo el Cáncer construye y delimita nuevos y particulares espacios constituidos por modos y estrategias de habitarlos, de vivirlos y de transitarlos significativamente distintos a como son vividos antes del diagnóstico de esta enfermedad. Esto implica, ocuparse por una parte por la pregunta por el “ser” del Cáncer, y por otra parte por el “carácter” territorial de esta enfermedad. Pero de nuevo

⁹ Tanto los enfermos como los especialistas fueron seleccionados siguiendo una serie de requisitos de inclusión y exclusión determinados en la investigación, requisitos que pueden ser ampliados en el anexo metodológico.

acá es bien sugerente que se propone entenderlo no sólo desde una perspectiva médica, sino más bien desde una perspectiva territorial como un “*actor social no humano*”.

El segundo capítulo, “*Los territorios producidos por el cáncer*”, tiene como objetivo describir e interpretar los espacios normados y estereotipados que construye y produce el Cáncer sobre el espacio que es habitado por los actores estableciendo otra imagen y otra representación. Para esto, se presentará en detalle la estructura y la noción de territorio sobre la cual se materializa la continuidad y discontinuidad territorial que se enmarca en este caso, en el centro de tratamiento entendido como la correlación entre la clínica, la casa, el cuerpo y el albergue. La idea no es solo describir cada uno de los espacios posibilitados y delimitados por este actor no humano, sino también plantear una serie de interpretaciones encaminadas a exponer como se gestionan, organizan y ordenan estos “nuevos” territorios que se producen a partir del diagnóstico de la enfermedad.

Y el capítulo 3, “*Los territorios del cáncer: de lo lúgubre y concebido a lo brillante y posible*”, tiene como propósito analizar cómo los enfermos acotan, nombran, delimitan y viven los espacios normados y construidos por este actor no humano. Para esto, es necesario dar cuenta primordialmente de dos cuestiones transversales al territorio y a lo trabajado, una de interés argumentativa referida a cómo los enfermos hacen suyos estos nuevos espacios instituidos, y otra de interés propositiva o sugerente referida a los emplazamientos posibles que han sido matizados y proyectados tanto por los enfermos como por los especialistas en aras de buscar otras realidades a las ya establecidas y concebidas tanto por el Cáncer como por las prácticas y discursos de medicalización.

Y finalmente las conclusiones tituladas “*Recogiendo la experiencia territorial del cáncer, de los actores y de los Estudios Territoriales*” no son más que el cierre de esta tesis y la apertura a nuevas investigaciones que permitan continuar en tiempo y espacio profundizando las discusiones al respecto, como es caso de la investigación de doctorado proyectada referente a la Geografía Cultural de Salud en la que se sugiere como unidad de análisis de la relación salud/enfermedad el territorio delimitado por los enfermos de modo particular mas no por las enfermedades.

Los anexos que en este caso son nombrados como “*Plan de viaje*”, se encuentran divididos en dos ejes, el primero de ellos discurrido al final de la tesis y en el que se presentará de manera

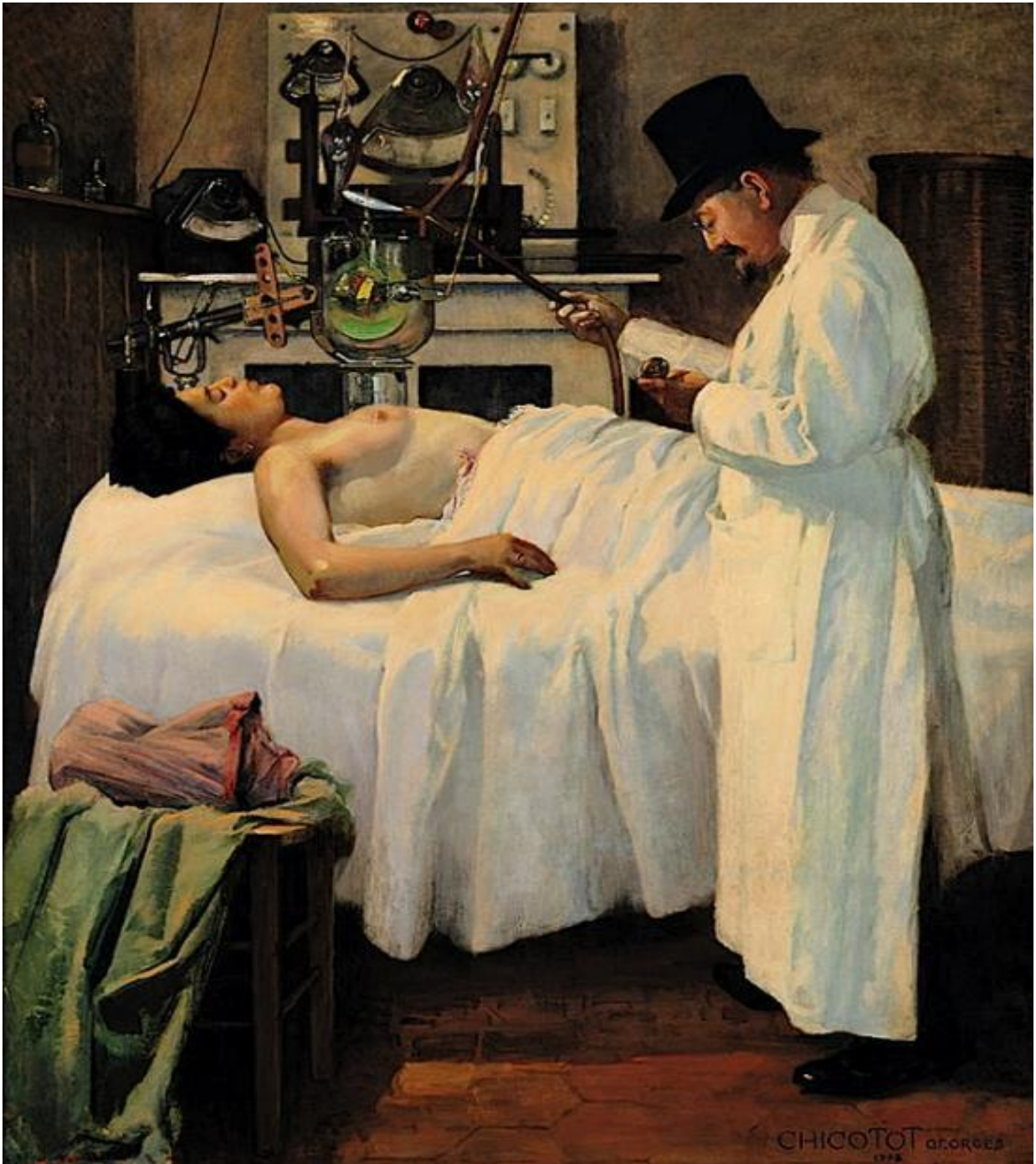
resumida la forma como se hilvanó la tesis en términos metodológicos, explicando detalladamente cómo fueron asumidas y disgregadas las categorías en variables y posteriormente en indicadores, y a partir de allí, consolidar los instrumentos de recolección de información (Anexo: ver plan de viaje 1 y 2).

Y el segundo eje del plan de viaje corresponde en este caso, a una página web que responde a una forma de apropiación social del conocimiento levantado por la investigación y que de alguna u otra forma puede llegar a ser material de consulta tanto de académicos, críticos, enfermos, sanos y demás comunidad interesada en este trabajo investigativo¹⁰. En esta página a la cual se accede por medio del siguiente enlace <https://velasquezamc.wixsite.com/plandeviaje>, se dispuso de manera más extensa y explicativa la mayor parte del corpus levantado en campo, esto es: el documento de tesis final, entrevistas de los enfermos y de los especialistas, las nubes de categorías, las autoetnografías clasificadas por categorías, galería de fotografías, los documentos éticos entre otros de preponderancia para la investigación.

¹⁰ La consulta del material se debe realizar bajo los parámetros éticos determinados por COLCIENCIAS.

Capítulo 1

DE LA ONCOLOGÍA A LA ONTOLOGÍA DEL CÁNCER



Pintura 1 Primeros ensayos del tratamiento del cáncer mediante la radioterapia. Musée de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Georges Chicotot (1907)

Este capítulo se presenta como una entrevista al Cáncer, como una conversación abierta con una enfermedad a la cual en la actualidad se le tiene un miedo especial. No se trata de un diálogo médico en el cual se exponga biológicamente su origen y su desarrollo, por ahora nuestro interés es hacer un trabajo que permita entender el “*ser*” y el “*carácter*” de esta enfermedad más allá de una simple cuestión o fenómeno médico, y entendiéndolo de acuerdo con Siddhartha Mukherjee “*como un fenómeno social que ocupa un complejo espacio cultural y político*”(Mukherjee, 2011, p. 220), que se inserta en las relaciones cotidianas de la sociedad más como un *relato humano* y espacial, que como un relato exclusivamente científico.

Los médicos han ofrecido un relato científico del Cáncer en el cual se ha entendido por una parte como un conjunto de enfermedades relacionadas, en el que algunas células del cuerpo empiezan a dividirse sin control alguno, diseminándose por los diferentes órganos o lugares del cuerpo. (Instituto Nacional de Cáncer, 2015); y, por otra parte, también lo han entendido como una “epidemia” de una serie de enfermedades no transmisibles y como un gran problema de salud pública (OMS, 2015) que nos afecta y nos toca a todos enfrentar¹¹.

Desde esta perspectiva científicista, los estudios sobre esta enfermedad se han centrado en hacer un recorrido por las diversas manifestaciones físicas del Cáncer y en especial, como este se origina, se forma y se desarrolla tanto en los tejidos del cuerpo como en los diversos órganos del mismo, cómo evoluciona de un estadio¹² a otro y cómo se disemina (metástasis)¹³ de un órgano cercano o distante de la ubicación del tumor primario a otro, y a su vez, como se puede tratar con nuevas tecnologías los distintos tipos de cáncer que se han identificado a lo largo de

¹¹ 32,6 millones de personas viven con cáncer en el mundo y cada año se estima que fallecen entre hombres y mujeres más de 8,2 millones de enfermos alrededor del mundo (Globocan, OMS, 2012)

¹² De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer (NIH) de los Estados Unidos (2015) el Estadio es un sistema de estadificación del cáncer y se refiere a la extensión y al tamaño del tumor. Los Estadios son en total cinco (5) y van de 0 a IV organizados de la siguiente manera; **Estadio 0**: hay células anormales presentes, pero no se han diseminado en el tejido cercano, aun no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer; **Estadio I, II y III**: hay cáncer presente y situado con posibilidad de diseminarse a tejidos cercanos de la ubicación del tumor primario; **Estadio IV**: hay cáncer presente y diseminado a partes distantes del tumor primario. Esta clasificación del cáncer por estadios es utilizada por los médicos para ubicar el tumor, para identificar el tipo de células, el tamaño, si está diseminado y finalmente para determinar el grado del tumor.

¹³ La metástasis tiene que ver con la diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. En términos generales es el proceso que ocurre cuando las células cancerosas se separan del tumor primario, viajan a través del sistema sanguíneo y forman un tumor nuevo en otro u otros órganos contiguos y distantes del primario. (Instituto Nacional de Cáncer 2015)

la historia de la humanidad y finalmente, como se puede reducir la incidencia de los factores de riesgo asociados al desarrollo y proliferación de cualquier tipo de cáncer¹⁴.

En términos generales, son trabajos que se han centrado principalmente al análisis del cáncer desde un estudio científico eminentemente médico, estudios en los que se ha priorizado la relación de dos categorías predominantes: salud y enfermedad excluyendo de esta manera otras categorías como la territorial y la emotiva que permiten dar cuenta de otras incidencias y particularidades de este mal en el mundo, es decir, de otras relaciones y territorializaciones construidas. De esta forma, salud y enfermedad son categorías desde las cuales no es factible o posible ampliar o estudiar al cáncer con relación por ejemplo a los espacios de la vida cotidiana, a la cultura o a las disputas territoriales desde una perspectiva en que el espacio es dado y homogéneo¹⁵, sino desde una perspectiva constructivista en la que el territorio, la cultura y las disputas territoriales son un producto asociado principalmente a la experiencia de los enfermos.

Examinar el Cáncer en función de los estudios territoriales, implica no asumirlo ni como una enfermedad, ni como un problema de salud pública, sino como un actor social no humano que se personifica y se expresa cultural, simbólica y espacialmente en la vida cotidiana por medio del lenguaje, de las prácticas u objetos convirtiéndose de esta manera en un actor fundamental de lo que hacemos y de lo que producimos. Desde este punto de vista metodológico y epistemológico, el Cáncer no solo será leído como un fenómeno político, sino también como un hito territorial que transforma la estructura y los vínculos del sujeto con los espacios de vida como la habitación, la casa, el barrio y la ciudad en la medida que impone otros espacios y otro orden para vivirlos y habitarlos¹⁶.

¹⁴ En esto último ha trabajado fuertemente la Geografía de la Salud, en tanto ha permitido mapear por espacios macros y micros la incidencia por cáncer en el mundo, sin embargo esto ya no es suficiente, y es necesario de otro tipo de estrategias que aparte de mapear, rastreen las particularidades sociales, culturales y políticas en las que los actores vive con y para el Cáncer. y esto particularmente tiene que ver con los modos en que los enfermos son territorializados por la enfermedad, pero también como los enfermos territorializan la enfermedad.

¹⁵ Desde las ciencias de la salud, e incluso desde la geografía de la salud, el territorio que se da o que se muestra es un espacio homogéneo en el que se estudia la carga por enfermedad en comparación con los factores de riesgo asociados a cada uno de los espacios. Ejemplo de ello es el cáncer de mamá y de pulmón, el primero de ellos de acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología está asociado al sector rural entre tanto las mujeres campesinas no se están realizando los exámenes preventivos por diversos motivos de índole cultural, social y económico. Y en el caso del cáncer de pulmón este se encuentra asociado esencialmente al sector urbano a raíz de los índices de contaminación y polución de las ciudades sean pequeñas, medianas o grandes. No obstante, esto también cambia de acuerdo a la actividad productiva que en el sector rural y urbano se desarrolle.

¹⁶ Los emplazamientos y las configuraciones territoriales establecidas por el Cáncer serán expuestas e interpretadas en el segundo capítulo de esta tesis denominado *"los territorios del cáncer"*.

Dentro de ese marco esbozado a groso modo, este capítulo tiene al menos dos objetivos, uno *desentrañar y explicar al Cáncer (su “ser”) como un actor social no humano*; y dos ofrecer una *interpretación del carácter territorial del Cáncer en virtud que aquí se ha considerado como un actor social no humano que construye y delimita nuevos e inusuales territorios ordenados por modos de habitarlos, vivirlos y transitarlos significativamente distintos a como se solían transitar antes de esta enfermedad por los actores humanos.*

De esta manera, el relato o la entrevista que se le realizará al este actor en este capítulo no se ceñirá exclusivamente a un relato médico científico (se citaran aspectos de esta índole para aclarar biológicamente estructura del cáncer), sino a un relato humano construido desde su “*ser*” y desde su *carácter*” territorial que lo constituye ocultamente.

El capítulo de esta manera realizará un breve recorrido histórico por aquellos hechos o hitos que evidencian un posicionamiento cultural de este actor más allá de un fenómeno médico, científico y técnico. Como por ejemplo el hecho más significativo que data de la década de los 60, cuando la sociedad estadounidense le solicitó al entonces presidente Richard Nixon que utilizara parte o el total del presupuesto público para declararle la “guerra” a su mayor y temido enemigo; el Cáncer. Para ello, se le solicitó específicamente que invirtiera en la investigación y en el estudio de este fenómeno con el objeto de encontrar una estrategia que los llevara a una cura contra este mal y a su futura erradicación de los hogares y ciudades estadounidenses.

Este y otros aspectos relacionados con algunas metáforas vinculadas a estas construcciones sociales y culturales asociadas al Cáncer, se mencionan y se utilizan en el escrito con el fin de lograr consolidar una interpretación de este “enemigo” como un actor social no humano que incide e influye en la objetivación y nombramientos de los espacios sobre los cuales se desarrolla la vida cotidiana de los actores. Y hecho esto, en los capítulos venideros pasar a describir e interpretar las configuraciones, producciones y construcciones territoriales que se despliegan en la vida cotidiana de un sujeto enfermo a partir del hito de este actor en las ciudades de Armenia, Pereira y Manizales donde tuvo lugar el desarrollo de esta Investigación, específicamente con los enfermos y especialistas de la Institución Prestadora de Servicios (IPS) de Oncólogos de Occidente.

1.1 El hito territorial. Más allá de una cuestión médica



Pintura 2 Le Cáncer. María Antónia Santos, 2009

Este primer apéndice de este capítulo tiene como finalidad ofrecer una lectura e interpretación del Cáncer con relación a aquellos hitos o hechos metafóricos que sugieren e insinúan que esta enfermedad no se trata solamente de una cuestión médica, sino que su imagen, su construcción, su representación y su expansión (ver pintura 1) que se materializan a través del establecimiento de una estructura práctica y discursiva hablan de una personificación y encarnación cultural y simbólica de un enemigo, de un ser vivo o “monstruo” que participa de las disposiciones de la sociedad como cualquier otro actor humano.

Lo anterior quiere decir que en las siguientes páginas el lector no se encontrará con un recorrido histórico minucioso y detallado de cada uno de los hechos que han sido significativos para el cáncer, pues lo más seguro, es que esta Tesis no alcance a dar cuenta de cada uno ellos por el número representativo que se han producido y elaborado a lo largo de su historia para nombrarlo y comprenderlo de forma menos hostil. De momento entonces, se presentarán, a grosso modo, aquellos hitos que más adelante permitirán describir e interpretar sosegadamente las configuraciones territoriales que produce este mal a partir de asumirlo como un actor social no humano.

De acuerdo con Mukherjee la primera “*aparición de una palabra para designar al cáncer en la literatura médica data de la época de Hipócrates, alrededor de 400 a. C.: Karkinos, “cangrejo” en griego*”. (Mukherjee, 2011, p. 64)¹⁷. Hipócrates¹⁸ designó en este entonces al cáncer como el *karkinos* “cangrejo” por dos razones, la primera por razones clínicas¹⁹ y la segunda por razones mitológicas de la antigua Grecia. La primera porque el esquema y la forma en que se presenta este actor en el cuerpo se asemeja a la morfología y forma del cangrejo. La textura dura

¹⁷ Si vamos más atrás en la historia de la humanidad, de acuerdo con Henry Pitot (1981) existen testimonios documentados de algunos paleontólogos que refieren que ya en los Dinosaurios se encontraron lesiones neoplásicas (cancerígenas) en los huesos mucho antes de la aparición del homo sapiens. Más adelante, estas lesiones también fueron documentadas en las autopsias que se le realizaban a las momias en la Antigua Grecia (Pitot, 1981, p. 3). Esto habla en parte de la historicidad y de la morfología que fue tomando el Cáncer en el interior de la evolución de los seres vivos y no vivos, permitiendo entender que no se trata de un mal contemporáneo o moderno. Como vemos ha estado presente en la mayor parte de la historia de la humanidad, solamente que ha estado oculto por las demás enfermedades que conquistaron al mundo.

¹⁸ Hipócrates fue un médico de la antigua Grecia que ejerció durante el llamado siglo de Pericles. Está clasificado como una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina, y es considerado por muchos autores como el “*padre de la medicina*” producto de sus importantes y duraderas contribuciones a esta ciencia ya que describió en más de 70 libros de manera científica, muchas enfermedades o males y cada uno de sus tratamientos. (Nucl, 2008).

¹⁹ De acuerdo con Pitot (1981) Hipócrates para acuñar el término de cáncer, se basó en la teoría de los cuatro humores en los que uno de ellos se ve desequilibrado producto de la invasión de una úlcera maligna sin cura alguna. Y de allí, a raíz de lo que se conoció como una úlcera maligna se derivó la palabra cáncer que más adelante fue retomada por Cornelio y Galeno.

del caparazón y la manera de cómo atacan a sus presas hasta llevarlos a su muerte fueron los aspectos que llamaron la atención de Hipócrates al momento de entender e interpretar a ese mal desconocido en relación con el cangrejo²⁰.

El tumor que se desarrolla en alguno de los órganos o tejidos del cuerpo se caracteriza precisamente por tener una textura dura como la del caparazón del cangrejo, el tumor no tiene patas como el cangrejo, pero si miles y millones de células malignas que se apoderan de todo el órgano hasta conquistarlo en su totalidad, con cada una de sus células aprieta al órgano como el cangrejo lo hace con sus presas hasta llevarlos al colapso total, es decir, hasta la muerte²¹.

En los diarios de campo del oncólogo Hindú Siddhartha Mukherjee (2011), se encuentran relatos de enfermos que al llegar a su consulta le indicaban que el dolor que les producía el cáncer era muy similar a un apretón que da el cangrejo con sus pinzas a sus presas cuando las ataca²², por lo tanto, no llegaban ni siquiera a describir el dolor que experimenta como consecuencia del Cáncer o como se lo explican al médico cuando sufren otro tipo de enfermedad.

Al contrario, aquí el dolor es relacionado a un ser vivo que se mueva, que actúa y que ataca demencialmente a sus presas o a los demás actores no humanos con los cuales coexisten en el mundo. Para Hipócrates, para Mukherjee, y para mi esta construcción o asociación del cáncer con el cangrejo no es más que un indicio simbólico que nos permite pensarlo como un ser vivo o una especie más avanzada que conquista tanto los órganos del cuerpo, como los espacios habitados, frecuentados y transitados por el cuerpo conquistado.

Y la segunda razón por la cual se “personificó” o se “representó” al Cáncer con el cangrejo fue a raíz de que en la mitología griega habitaba en la laguna de Lerna un gigantesco cangrejo llamado Carcinos²³, palabra que en griego antiguo significaba literalmente cangrejo y en latín

²⁰ El Dr. Miguel Sánchez Caba, cirujano urólogo del Hospital Metropolitano de Santiago, refiere otras razones por las cuales se comparó al cáncer con un cangrejo: 1. porque el tumor canceroso es duro como el caparazón del animal, 2. porque el cáncer avanzado duele como cuando el cangrejo te atrapa con sus pinzas y 3. porque una vez te atrapa con sus pinzas, el cangrejo no te suelta.

²¹ Metafóricamente hablando el acto del cangrejo de hacer refugio y de conquistar nuevos refugios de otros cangrejos, se asemeja al tumor que hace refugio en cada uno de los órganos del cuerpo, en los que sus células malignas se diseminan fácilmente por los tejidos contiguos o distantes del cuerpo como se disemina el cangrejo por la playa, los ríos, los mares o los bosques evitando ser atrapado. Poco a poco el cangrejo no solo se hace refugio, se hace una multiplicidad de refugios que en los momentos de angustia o de acecho de las presas será su hogar, su casa, su territorio en el mundo. El órgano, en este caso, cumple esa función, es el lugar de refugio del tumor de los acechos técnicos y humanos que lo atacan, allí espera para más adelante, hacer un nuevo refugio.

²² La relación cáncer cangrejo es quizás la primera metáfora que se materializó a nivel simbólico y social, marcó evidentemente un inicio de otra manera de ver, sentir y descifrar a este mal.

²³ Carcinos fue un personaje secundario en el mito de los doce trabajos de Heracles, a quien, por orden de Hera, ataca y como recompensa por esta acción, Hera le convierte en la constelación de cáncer.

de acuerdo a la traducción realizada por Aulo Cornelio Celso en su obra *De medicina*, cáncer²⁴ Garza & Juárez (2014). Pero aparte de la significación de la palabra (carcinos/cangrejo/cáncer), lo relevante a nuestro parecer de esta asociación realizada por Hipócrates tiene que ver en esencia con ese espíritu de ataque y de lucha constante que representa al cangrejo y que metafóricamente hablando es el mismo que caracteriza a los tumores malignos.

Lo otro que llevó a Hipócrates a hacer esta construcción tiene que ver con la manera en que se representa el cangrejo como un ser inferior que no tiene mayor incidencia en las dinámicas y relaciones que delimitan la estructura social, como ocurre con los tumores al iniciar su desarrollo. Y también, con las estrategias que utiliza el cangrejo para atacar que en este caso están relacionadas con el esconderse debajo o en los recovecos de los grandes lugares, como lo son las lagunas, las raíces o los órganos del cuerpo. Lo uno y lo otro, lo identificó Hipócrates en el desarrollo y estructura de esa úlcera maligna que llamó cáncer. Hay otra serie de explicaciones de esta asociación, pero de momento consideramos que están son las de mayor relevancia e importancia en el objeto de estudio de esta tesis.

En términos generales, ambas construcciones nos sugieren por una parte que el Cáncer es un mal particular que desde su nombramiento existen aspectos tanto de índole médica y científica, como de índole simbólica y mitológica que explican o dan cuenta de su desarrollo y evolución en el mundo de los humanos. Y por otra parte, que no se trata meramente de una enfermedad en sí, sino de una multiplicidad de cosas, fenómenos y palabras que han trascendido las circunstancias médicas para explicarlo, para nombrarlo y para tratarlo ya que sus delimitaciones y acotaciones no solo se sitúan en la profundidad de los órganos, sino también, en los intersticios de las prácticas y discursos que constituyen tanto los territorios urbanos como los territorios rurales que son o que han sido objetivados y construidos por los actores.

Esta designación metafórica que hizo Hipócrates del cáncer/cangrejo trascendió históricamente hasta la actualidad, ya que tanto los médicos como los enfermos y la sociedad en general reconocen en el cangrejo, es decir, en la imagen de este crustáceo, al Cáncer o al mal más temido

²⁴ Aulo Cornelio Celso junto con Galeno, fueron los primeros médicos griegos en enfrentarse a este mal, Galeno llamó a las masas que crecían sin control *oncos*, que quiere decir hinchazón. Y Cornelio quien aparte de traducir al latín la palabra *karkinos*, reconoció que la lucha contra este mal estaba perdida. (Periódico el tiempo, 2016).

de la humanidad²⁵. Inclusive las Instituciones Prestadoras Salud (IPS) de servicios oncológicos del mundo tomaron la forma del cangrejo como imagen de cada una de las clínicas donde se trata, estudia e investiga al Cáncer. Dicho en otras palabras, en aquellos emplazamientos posibilitados por y para el Cáncer, la representación de esta designación se hace a través o por medio del cangrejo como es el caso por ejemplo de Oncólogos de Occidente (ver imagen 1) y de otras instituciones asociadas a este actor.



Imagen 1 Entrada principal Clínica ambulatoria de Oncólogos del Occidente, sede Armenia. Milton Velásquez, 2015

Evidentemente la representación Cáncer cangrejo es quizás hoy una de las principales personificaciones de este mal en el mundo social, no la única, pero sí la de mayor impacto y relevancia social y cultural que simboliza y/o marca los espacios del y para el Cáncer, como las fronteras “invisibles” que se establecen entre este mundo y ese mundo en tanto es una marca que conecta una continuidad territorial. El cangrejo de esta manera es tanto la materialización y proyección del Cáncer, como el emblema y nombramiento de los lugares que han sido

²⁵ De acuerdo con Mukherjee, otra palabra griega que se cruzó en la historia del cáncer y que trascendió fue *onkos*, palabra que designaba en griego una masa, una carga o más comúnmente, un peso; el cáncer se imaginaba como un peso llevado por el cuerpo. (Mukherjee, 2011, p. 65). Más adelante de *onko* tomaría su nombre moderno la disciplina de oncología, que es la rama de la medicina que se encarga de estudiar, describir, tratar y paliar al cáncer.

construidos y objetivados por y para el Cáncer a nivel territorial. En este orden de ideas, quien pasa por estas clínicas reconoce no en el nombre de la clínica, “*Oncólogos de Occidente*”, sino en el cangrejo azul, rojo o verde como se suelen referirse los niños enfermos a la clínica en la que son tratados de su perturbación física.

El cangrejo aparte de ser una marca que fronteriza y fragmenta el mundo de los enfermos en una multiplicidad de posibilidades espaciales antes no vistas o imaginadas, genera a su vez, procesos de segregación y separación poblacional de enfermos en la medida que los espacios para el Cáncer se encuentran enteramente estereotipados y singularizados para los enfermos en particular y no para otro tipo de enfermos ya sea de diabetes, de sida, de problemas cardiacos o algún tipo de virus o de gripe.

Hay en este sentido, una segregación y separación que se materializa territorialmente ya que las prácticas como los discursos a través de los cuales se objetivan dichos espacios, se encuentran enteramente significados y demarcados por la fragmentación y especialización de la medicina en el mundo contemporáneo lo que en consecuencia ha generado una multiplicidad de territorios asociados al Cáncer, a la tuberculosis, a la lepra, al sida y los enfermos mentales solo por mencionar algunos constituyendo de esta manera, una serie de continuidades y discontinuidades territoriales que proyectan otra imagen y estructura de la ciudad, del barrio, de las calles, de los medios de transporte, de la casa, del cuarto, de la cama y del cuerpo habitado.

Desde esta perspectiva de la metáfora cáncer/cangrejo que se ha descrito y presentado a grosso modo, ha permitido más a los enfermos que a los médicos, construir una imagen del Cáncer que va más allá de verlo y sentirlo como una mera enfermedad a verlo como algo que está en todas partes, como otro ser que los domina y los arrastra a una forma singular de vivir lo cotidiano²⁶. A su vez, esta personificación inspira a pensar en la idea que este mal a diferencia de otras enfermedades como la peste negra, la viruela, la tuberculosis, la diabetes y el sida es un actor inusual que se ha colado en los sueños y miedos de la sociedad, que se ha expresado, cómo es posible ver en la imagen 1, en la arquitectura de la ciudad, en las políticas y en la economía

²⁶ Andreas Moritz (2007) en su libro “*el cáncer no es una enfermedad. Es un mecanismo de supervivencia*”, propone otra tesis aún más diferente y problematizadora que la que esta tesis insinúa al asumir al cáncer como un actor social no humano que incide territorialmente en las configuraciones y delimitaciones realizadas por los humanos. Para Moritz el cáncer es un monstruo que pone a prueba la supervivencia del cuerpo, ciertamente, son intentos desesperados del cuerpo para permanecer vivo, para permanecer arraigado a la vida y al mundo. Dicho en otras palabras, el cáncer representa en este caso el último esfuerzo del cuerpo por permanecer vivo eliminando aquellos que se lo imposibilita. Es entonces, una tesis aterradora como la define el mismo autor, pero a la vez llamativa y sugerente que invita al lector o al enfermo asumir de otra manera no convencional el cáncer.

hasta convertirse no solo en una de las verdaderas preocupaciones de la sociedad actual, sino también, en un verdadero adversario y productor de otros espacios y relaciones que esperamos a través del concepto de territorio develar.

El Cáncer producto de esta construcción o relación metafórica inició un proceso de transición del mundo eminentemente científico y técnico, a un mundo simbólico y representativo, en el que es posible rastrear el impacto y la incidencia de este actor en las producciones y configuraciones territoriales de aquellos territorios de tránsito que han sido objetivados por los actores. A su vez, son construcciones que en último término dan cuenta de la metamorfosis y multiplicidad de escalas de representación que constituyen y caracterizan a este actor no humano cuando se cruza con categorías fuera del dominio médico y científico, como ha sido en este caso, el territorio y en consecuencias la cultura.

Esta metáfora más adelante en la historia y evolución de la enfermedad motivó a otros médicos y personajes de la vida del Cáncer a proponer otras construcciones bastante particulares vinculadas en este caso al mundo de la guerra, de los mundos ocultos e inclusive a la transformación y destrucción de las ciudades. En definitiva, el Cáncer se ha encarnado en diversos aspectos y hechos de la vida cotidiana de los sujetos y de la sociedad en general, convirtiéndose de esta manera en un actor fundamental, estructural y/o esencial de lo que hacemos o de lo que estamos haciendo diariamente en y sobre los espacios. Por lo tanto, ahora para hablar o referirse al Cáncer, no es necesario ir a una clínica o que algún familiar viva esta experiencia, ya que uno se lo cruza hasta en el cine, en las telenovelas, en la política, en el barrio, en los medios de transporte, en el parque y como lo mencionamos anteriormente, hasta en la esquina de la casa o en la curvatura del espacio habitado por los actores.

1.1.1 El cangrejo y la metáfora del gran enemigo

“Se dice que si conoces a tus enemigos y te conoces a ti mismo no correrás peligro ni en cien batallas; si no conoces a tus enemigos, pero te conoces a ti mismo, ganarías y perderías otras; si no conoces a tus enemigos ni te conoces a ti mismo, estarás en peligro en todas y cada una de las batallas”

Suzi en Mukherjee (2011, p. 266)

En el discurso de bienvenida del simposio sobre Cáncer en 1936 celebrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin, se proclamó al Cáncer, a ese cangrejo que descubrió Hipócrates como el mal más temido por la humanidad, cada vez que moría una persona de

Cáncer en el mundo, miles de personas se ven afectadas por el pánico de padecerla puesto que genera miles de estragos en la sociedad ya que hasta ahora ni con el bisturí, ni con los químicos (balas mágicas) se ha logrado detener (Pitot 1981)²⁷. Esta proclamación de un cúmulo significativo de médicos generó un gran debate político, social y económico en el mundo, pues al parecer ya no se trataba de una “enfermedad” fácil de manejar y de controlar, ya no bastaba con tratar con la cirugía o con la quimioterapia al enfermo en silencio y aislado de la sociedad como se venía haciendo hasta el momento. Se requería entonces, de nuevas estrategias casi militares pues no se trataba en último término de una enfermedad cualquiera.

Este mal había alcanzado un nivel de representación cruel que no solo se extendió por toda la geografía del cuerpo, sino también por toda la geografía de la sociedad, ya que cada día aumentaban los casos y los índices de mortalidad por este mal, como lo indica Henry Pitot (1981) tomando como referencia las cifras que se tenían para la década de los 50, las cuales “*equivalían a 8 veces el número de muertos producidos en los 10 años de intervención militar en la guerra de Vietnam, y un número mayor que los soldados americanos muertos en los campos de batalla durante los cuatro años de la segunda guerra mundial*” (Pitot, 1981, p. 2)²⁸.

Estas cifras no muy halagadoras del Cáncer sumadas por una parte a presión de médicos investigadores en cabeza del doctor Sidney Farber²⁹ quienes reclamaban a la Casa Blanca³⁰ un incremento en el presupuesto para investigar este mal³¹. Y por otra parte sumadas al temor y a la preocupación generalizada que crecía entre las familias estadounidenses respecto a la avanzada silenciosa del Cáncer y a la falta de voluntad política para contrarrestarlo, motivó a varios sectores de la sociedad entre los que se destacan empresarios, médicos, políticos y la sociedad civil en general a manifestarse a través de distintos medios y mecanismos para pedir

²⁷ Estragos que como veremos más adelante también proyectan en el espacio vivido de los actores afectados por este mal.

²⁸ Las cifras respecto a los índices de mortalidad o de incidencia por esta enfermedad no son el punto estructurante de la tesis, no obstante, se toman algunos datos numéricos en tanto apoyan contextualmente la representación y materialización del cáncer en lo territorial como un fenómeno que vas más allá de las cifras de muertos y de enfermos.

²⁹ Patólogo pediatra y médico clínico, considerado como el primer médico en hacerle frente al cáncer, en especial a las leucemias, mediante la introducción de drogas (quimioterapia). No obstante, a pesar de la falta de presupuesto para investigar y estudiar el cáncer, éste se posicionó social y políticamente debido a la insistencia al gobierno y a la sociedad civil que para llegar a la cura contra el cáncer era necesario de más presupuesto y voluntad política para hacerlo. A su vez, fue un médico que impulsó a fundaciones, a filántropos y a grandes personajes de la vida pública para obtener más fondos en la investigación contra el cáncer.

³⁰ En ese entonces habitada por el Señor Richard Nixon, trigésimo séptimo presidente de los Estados Unidos entre 1969 y 1974. Siendo el único presidente de dicha Nación que hasta el momento ha renunciado o dimitido a su cargo como presidente.

³¹ En este caso el presupuesto con el que contaba la Sociedad Estadounidense para el Control del Cáncer (*American Society for the control of cancer*) no sobrepasaba los 250.000 dólares anuales (Mukherjee, 2011)

en una sola voz al entonces Presidente de los Estados Unidos, el señor Richard Nixon³² más presupuesto y programas destinados a la investigación y estudio de esta enfermedad, ya que su erradicación requería de grandes inversiones y disposiciones estatales que dieran vía libre a una nueva estrategia de índole nacional.

Uno de esos medios o mecanismo utilizados para presionar al Sr. Nixon, a parte de las multitudinarias manifestaciones en las calles (que también hablan de la espacialización de este mal, en este caso en los espacios públicos), fueron las publicaciones constantes en las páginas principales de los periódicos más influyentes de los Estados Unidos de súplicas, de relatos de lucha contra el cáncer, de experiencias relevantes como la de Brian Piccolo, estrella de Chicago Bears que murió de cáncer testicular (Hitchens, 2012), además innumerables cifras tanto de la incidencia como de la mortalidad por este mal (ver imagen 2).

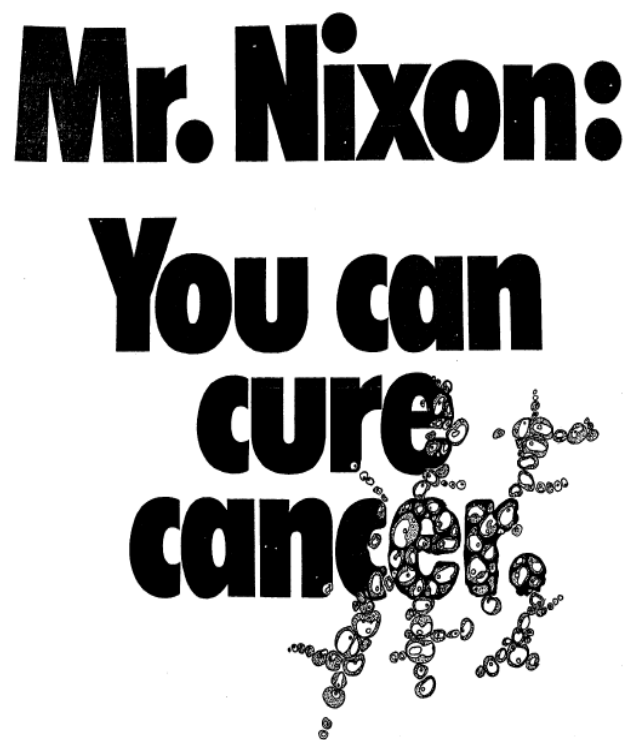


Imagen 2 Mr. President Nixon can cure cancer. Lasker. The New York Times, 1969

³² Para la década en la cual sale esta solicitud de cura contra el cáncer (1969), el señor Richard Nixon y los Estados Unidos se encontraban en el campo de batalla apoyando a la República de Vietnam con el fin de impedir la unificación de Vietnam bajo un gobierno comunista.

Esta solicitud particular fue publicada en la portada principal del periódico *The New York Times* y en el *The Washington Post*, en el que se lee “*Sr. Nixon puede curar el cáncer*”, frase que estaba acompañada de células malignas y del siguiente texto que me permito citar a continuación:

Señor Nixon: Usted puede curar el cáncer. Si en el cielo se escuchan nuestras plegarias, esta es la más escuchada, “Dios bendito, por favor, cáncer no”. Aun así, más de 318.000 estadounidenses murieron de Cáncer en el año pasado. Este año señor presidente, está en sus manos comenzar a poner fin a esta maldición. Mientras usted agoniza por el tema del presupuesto...pedimos una perspectiva más adecuada, una manera más adecuada de asignar nuestro dinero para salvar centenares de vidas al año. El doctor Sidney Farber, expresidente de la sociedad estadounidense de Cáncer, tiene esta convicción “estamos tan cerca de una cura para el cáncer. Solo nos falta la voluntad, el dinero y la planificación general que se invirtieron en llevar a un hombre a la luna” (...) Si Usted nos falla señor presidente, esto es lo que sucederá, uno de cada seis estadounidenses hoy vivos, 34 000 000 de personas, morirá de Cáncer. Uno de cada cuatro estadounidenses hoy vivos, 51 000 000 de personas, tendrá cáncer en el futuro a menos que se encuentre una cura. Sencillamente no podemos permitirlo. (Mukherjee, 2011, p. 233).

El contexto en el que fue publicado este anuncio no se debe desestimar, ya que permite comprender de fondo las transformaciones en su retórica, que sufre a partir de esta década el Cáncer, ya que se hace sugerente la idea de verlo más allá de una enfermedad. A modo de paréntesis para esta época el Señor Richard Nixon intentaba derrotar al Frente Nacional de Liberación de Vietnam (Viet Cong), vio en esta nueva guerra y en su nuevo adversario una posibilidad de alcanzar una victoria significativa en su mandato, ya que el Cáncer era y es un enemigo que tiene un impacto representativo en cientos de familias alrededor del mundo, tanto así que ocupa “*el tercer lugar en las preocupaciones de las familias, detrás de la economía y la crianza de los hijos*” (Mukherjee, 2011, p. 45).

Preocupaciones que en parte se encuentra asociadas a la relación cáncer/muerte o a la relación ser mortal y ser inmortal que asume tanto el actor como el contexto familiar, social, político, económico y territorial que lo rodea a partir del diagnóstico o hito de esta enfermedad. En ambos casos, las preocupaciones de los actores afectados o no afectados por esta enfermedad radican en que este actante representa, digámoslo de una manera, una “condena” inaplazable a la muerte o en su defecto una separación radical y temporal de su antigua vida y en consecuencia de sus territorios más significativos y representativos.

Volviendo al anuncio que por una parte generó un impacto nacional e internacional puesto que ocasionó como lo hemos mencionado, un quiebre general en la historia del Cáncer, en tanto representó un cambio en la forma y manera en que se venía hablando y concibiendo esta perturbación en los Estados Unidos como a nivel internacional. En el caso de los Estados Unidos, el presidente Richard Nixon instauró una serie de programas de lucha contra el Cáncer, en los que no solo lo concibió como una enfermedad, sino también como un gran enemigo y para ello, lo dotó con cierta personalidad de asesino y de monstruo suicida que estaba poniendo en riesgo la seguridad de toda la nación y del mundo entero. Esta concepción sobre el Cáncer bastante revolucionaria e impactante permitió a Nixon declararle la guerra a este “enemigo” colosal que estaba invadiendo y conquistando a su país, recibiendo así el apoyo tanto del congreso en pleno, como de la sociedad civil en general³³ para ampliar y destinar gran parte del presupuesto nacional a las diferentes asociaciones que venían investigando y estudiando este mal en su momento.

Es así que en enero 1971 el señor Richard Nixon firma la Ley Nacional del Cáncer³⁴, con la cual se logró destinar más de 1.500 millones de dólares para la investigación e implementación de diferentes programas a nivel nacional con el fin de iniciar la conquista de este nuevo e inusual adversario. Esta ley fue distinguida por sus proponentes como la “*cruzada contra el cáncer*”.

En enero de 1971 los senadores Kennedy y Javits promovieron la Ley de la Conquista del Cáncer, y en diciembre de ese año Richard Nixon convirtió algo que se le parecía en legislación y le concedió enormes asignaciones federales. Se habla de una guerra contra el Cáncer (Hitchens, 2012, p. 38)...adicional a ello se hablaba de anunciar una recompensa de cinco millones de dólares por cualquier información que condujera a la detección y erradicación del cáncer humano (Mukherjee 2011, p. 48)

Fue como una gran guerra la que se inició, de este lado los Estados Unidos con todo el apoyo federal, político, económico y social y del otro lado, el Cáncer, del cual poco se conocía hasta

³³ Desde esta personificación del cáncer como un gran enemigo, ha perdurado lo que se ha denominado un lenguaje bélico sobre el cáncer, los oncólogos de acuerdo con Andrew Graystone (2013) son retratados como guerreros heroicos, como las fuerzas especiales del mundo de la medicina que encarnan peleas cuerpo a cuerpo con láser, pistolas de rayos y armas químicas entre otros. Y los enfermos, son vistos como guerreros, luchadores y valientes que no se dejan vencer del cáncer en la batalla que han emprendido.

³⁴ Esta ley lo que buscaba era fortalecer el esfuerzo nacional de encontrar una cura para el cáncer mediante el aumento en la investigación que permitiera mejorar la comprensión de la biología social, simbólica y física del cáncer y, así, lograr el desarrollo de tratamientos más eficaces contra este mal (Ley Nacional del Cáncer de 1971). Esta ley, en parte, fue la guía para establecer a nivel internacional acuerdos entre nacionales que permitieran homogenizar la lucha contra el cáncer en el mundo. Como veremos más adelante en el recorrido por Colombia, los Estados Unidos fue en cierta medida uno de los países pioneros en los centros especializados de lucha contra este mal en el mundo después de Francia. Fue en Francia y posteriormente en los Estados Unidos en donde se desarrolló una gran plataforma educativa, científica y tecnológica contra el cáncer.

entonces, pues las investigaciones al no contar con el suficiente presupuesto no habían avanzado lo necesario después de que Hipócrates hubiera acuñado el término de *karkinos*, inclusive aún se confundían taxonómicamente los diferentes tipos de cáncer³⁵ o, en su defecto, muchas personas llegaron a morir pensando que lo que tenían era, por ejemplo, un tipo de virus o un dengue muy avanzado, y que no era un agresivo cáncer. En este sentido, lo primero que hizo el gobierno de los Estados Unidos bajo el establecimiento de esta ley (Ley Nacional del cáncer de 1971), fue establecer de acuerdo con Mukherjee (2011) y Hitchens (2012) una base o Nasa contra el Cáncer desde la cual se planificaría toda la investigación y estudio en profundidad de este mal, así como la experimentación de los diferentes agentes con los cuales era factible iniciar un verdadero tratamiento³⁶ o cruzada contra esa enfermedad.

Para los fines de avanzar en el estudio del Cáncer, la “Nasa” estaría constituida por varios miembros destacados de la alta sociedad estadounidense, y no necesariamente médicos o especialista en oncología, sino también científicos industriales, administradores, planificadores, políticos, economistas, químicos, físicos, filántropos, publicistas, músicos, actores y especialistas en investigación contra el Cáncer como el médico Sidney Farber y Mary Lasker³⁷. (Mukherjee 2011). Lo llamativo de este equipo de trabajo que iniciaría la ardua misión de encontrar la cura de este mal y a su vez, de perfeccionar los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y cirugía, fue la interdisciplinaria de actores que intervinieron en este proyecto o cruzada nacional contra el Cáncer, lo cual a nuestro parecer evidencia y justifica el cambio discursivo y práctico que vivió el entorno del mundo de este actor a partir de la personificación en enemigo y posterior, declaratorio de guerra del señor Richard Nixon.

³⁵ Desde 1969 en que el cáncer salió a la luz pública, el medico Sidney Faber que había adelantado varias investigaciones contra el cáncer, indicaba que esta estaban cerca de encontrar una verdadera cura que hasta ahora, no ha sido posible, esto tiene mucho que ver con la falta de voluntad política que tanto criticó este médico y demás oncólogos preocupados por curar el cáncer.

³⁶ Este impulso económico del gobierno de los Estados Unidos posibilitó a la rama de la oncología evolucionar significativamente en su lucha contra el cáncer, nuevos equipo y nuevos tratamientos fueron presentados al mundo como un verdadero arsenal de esperanza. Equipos y tratamientos que más adelante fueron llegando a Colombia, en especial a la Capital del país en la que se estableció el primer centro de Radium del país incluso de Latinoamérica caracterizado por la tecnología y tratamiento avanzados en materia de lucha contra el cáncer.

³⁷ Activista de la salud y filántropa estadounidense que trabajó fuertemente para recaudar fondos para la investigación médica contra el cáncer. Fundadora de la fundación Lasker. Ella y su esposo Albert Lasker (publicista) fueron los primeros en aplicar el poder de la publicidad moderna y la promoción a la lucha contra el cáncer.

Y, por otra parte, esta serie de anuncios sacarían a este actor humano de los laboratorios, dejaría de ser un ser oculto³⁸ y vergonzoso³⁹, a convertirse en la principal preocupación de todas las familias afectadas o no por esta enfermedad, es decir, el Cáncer dejó de ser una mera cuestión médica para convertirse, en este caso, en una cuestión de interés nacional e internacional. Este “bullicio” se vio representado y materializado en la firma de leyes, normas y decretos contra el Cáncer, además de la inauguración de pabellones contra de tratamiento de esta enfermedades tanto en Estados Unidos como en otros países de Norte, Centro y Suramérica, así como en Europa.

Desde entonces la generación actual ya no habla de este mal a murmullos o entre dientes o escondidos en un sótano de un hospital o de una casa como se solía hacer antes de este gran quiebre que vivió el cáncer en 1969. Ahora en los medios de comunicación y cadenas televisivas o incluso en las conversaciones de los paraderos de buses se habla con cierto temor acerca del Cáncer, se conversa sobre las muertes que ha generado su avanzada por el planeta y que puede llegar a generar si no se detiene estratégicamente. Ya no son solo los médicos quienes describen y entrevistan al Cáncer, ahora es toda la sociedad la que interviene y participa de esta guerra mundial, como lo evidencia el siguiente relato:

Había cáncer en los periódicos y en los libros, cáncer en el teatro y en el cine: en 450 artículos del periódico New York Times a lo largo de 1971; en el pabellón del cáncer Aleksandr Solzhenitsyn, una devastadora descripción de un hospital para cancerosos en la Unión Soviética; en Love Story, una película de 1970 sobre una mujer de 24 años que muere de leucemia; en Bang The Drum Slowly (Muerte de un jugador), una película de 1973 acerca de un receptor de béisbol a quien le diagnosticaron la enfermedad Hodgkin, y en Brian’s song (la canción de Brian)(Mukherjee, 2011, p. 233).

Como vemos, no solo se transformó la retórica y el lenguaje contra el Cáncer, a su vez, el temor a morir producto de una bomba o una invasión extranjera quedó atrás. Ahora se cree incluso que la muerte solo llega producto de un gran tumor que los invadirá y ya no de un ataque nuclear como se creía en su momento producto de la primera y segunda guerra mundial⁴⁰. Dicho en

³⁸ El cáncer había desaparecido de la historia de la medicina ya que otras enfermedades como la furiosa peste, la viruela, el tifus, la tuberculosis y la lepra solo por mencionar algunas habían recorrido violentamente el planeta dejando oculto al cáncer. Ciertamente “*el cáncer vivió en los intersticios de estas epidemias masivas, existió en silencio, sin dejar huella de fácil identificación en la literatura médica*”, (Mukherjee, 2011, p. 68).

³⁹ Por la falta de investigación en los últimos 2.500 años, aún se creía que el cáncer era producto de un castigo de Dios, por ello era vergonzoso dar a conocer que algún familiar padecía de cáncer y en especial era más vergonzoso cuando se trata del cáncer de cuello uterino (también conocido como el tumor de las partes vergonzosas de las mujeres), pues era un cáncer que está relacionado con la promiscuidad de las mujeres.

⁴⁰ La bomba fobia fue reemplazada por la cancerofobia (Sontag, 2013)

otras palabras, y siguiendo a Renata Salecl en Mukherjee (2011), al dotar a este mal de personalidad este no solo dejó de ser una clase de enfermedad, sino que a su vez esto generó, “*un cambio radical en la percepción del objeto del horror en todo el mundo y en especial en la sociedad estadounidense*” (Mukherjee, 2011, p. 234)⁴¹.

En retrospectiva el Cáncer comenzó a hacerse espacio y a sentirse en la sociedad no como un proceso salud/ enfermedad que era como se venía leyendo y entrevistando, sino como un personaje fuerte y más adaptado⁴² que nosotros ya que podía estar en todas partes incluso en nuestros sueños y en nuestros espacios socialmente construidos como lo veremos más adelante en el capítulo dos de esta tesis, dicho en otras palabras y siguiendo a Mukherjee (2011) & Sontag (2013):

El cáncer es expansionista; invade los tejidos, establece colonias en paisajes hostiles, busca “un santuario” en un órgano y luego migra a otro. Vive desesperada, inventiva, feroz, territorial, astuta y defensivamente; por momentos, como si nos enseñara a sobrevivir. Confrontar al cáncer es ponerse frente a una especie paralela, quizás aún más adaptada que nosotros a la supervivencia. (Mukherjee, 2011, p. 64).

Asumir en esta tesis al Cáncer como un ser vivo o como una especie paralela a la nuestra, no es solo referirse a él en términos de un enemigo o monstruo, a su vez, es referirse a él en términos de un actor que cuenta con la capacidad de agencia, de construcción, de delimitación y de organización espacial. Como actor nos interesa entonces, dicha capacidad territorialista con la que actúa o es partícipe de la estructura física de la geografía del cuerpo, y en especial de las dinámicas de la geografía de los espacios de la vida cotidiana, ya que su dominio va de lo físico en principio (hito territorial), a lo social, simbólico y emocional de la vida de los actores afectados por esta enfermedad.

En ambos casos, el Cáncer se caracteriza por una lógica expansionista y de conquista tanto de los órganos del cuerpo, como de los espacios más significativos de la vida cotidiana de los actores como lo pueden llegar a ser la oficina de trabajo, la universidad, el colegio, la escuela, el jardín, los cinemas, la casa, el barrio, el parque y los centros comerciales solo por mencionar algunos. Dicho en otras palabras, lo que ocurre en principio en el cuerpo, ocurre luego en el

⁴¹ Se comenzó a creer que el cáncer era invencible y que no había manera de detenerlo y que, por tanto, su invasión no solo era cruel, sino que era una clase de condena real a muerte.

⁴² De acuerdo con Mukherjee el cáncer fue asumido como un invasor y colonizador fenomenalmente exitoso, en parte, porque explota las características mismas que nos hacen exitosos como especie o como organismo (Mukherjee, 2011, p. 65).

territorio. Con esto no estamos diciendo que necesariamente el territorio caiga enfermo, aunque podría ser una opción, sino que lo que pensamos es que el territorio al ser un producto del cuerpo que lo habita, en este caso de un cuerpo enfermo, experimenta una serie de transformaciones que se materializan en las trayectorias y en los modos de habitar el espacio.

Normalmente las transformaciones territoriales que comienza a experimentar los enfermos están directamente asociadas a las prácticas y discursos de medicalización que “imponen” condiciones, recomendaciones y normas que tienen que ver por ejemplo con el uso constante de tapabocas, el aislamiento relativo de ciertos lugares públicos como estadios, centros comerciales, restaurantes; el cambio paulatino de las trayectorias y de los medios de transporte sobre los cuales se realizan los desplazamiento de un espacio a otro, ya que se pasa de ir en servicios públicos y de las caminatas a ir en ambulancias y en ocasiones en sillas de ruedas o camillas. Estas prácticas sumadas a otras referidas a la alimentación y al cuidado del cuerpo, inciden estructuralmente en la relación que se llega a construir entre el actor y el territorio.

Lo interesante de la personificación del Cáncer en enemigo o en una clase de especie más avanzada que nosotros, radica en esencia en las configuraciones territoriales que se establecen o que se comienzan a desarrollar a raíz de esta construcción simbólica, en tanto, la personificación no nos interesa desde el punto de vista de lo que representa en sí, sino que lo que nos concierne es lo que esta personificación produce y genera a nivel de la vida cotidiana de los actores afectados directa o indirectamente.

Esta construcción o acotación del Cáncer en términos generales da cuenta entonces que no se trata de una enfermedad aislada y reducida a un proceso salud/enfermedad, sino no que se trata en palabras de Jean Luc-Nancy (2007) *de un intruso, extraño en el que nos enajenamos* perdiendo la razón y el sentido de ubicación geográfica, de la construcción y del nombramiento territorial, como lo llegó a plantear este autor y otros que fueron atacados por este ser, ya que el Cáncer, como lo hemos sugerido, goza de un carácter o capacidad de construcción, delimitación, objetivación y estructuración de los territorios de la vida cotidiana de cada uno de los actores. Es decir, el Cáncer pasa a ser quien ordena, gestiona, configura, ajusta y se instala en los espacios de los enfermos, dicho en otras palabras, pasa a estar arriba y adelante; y los actores abajo y atrás.

Vista de esta forma, es claro hasta ahora que el Cáncer no solo conquista el cuerpo, a su vez los lugares habitados, transitados y frecuentados por el cuerpo, y sin percatarnos, él paulatinamente incide en las acciones, gestos, pensamientos y palabras que lo acotan y lo marcan como nuestro o como suyo temporal o finitamente.

Se trata entonces de una disputa simbólica y emocional entre los actores enfermos y el Cáncer que posterior del hito territorial no es tangible la pugna o las *jurisdicciones*⁴³ *en tensión*, o al menos no es reconocida por los actores sino hasta que dichas *jurisdicciones* se encuentran y se materializan produciendo de esta manera una serie de cambios *sociopolíticos* y *socioemocivos en el territorio* (Zambrano, 2001) (Vergara, 2017) en la medida que el actor es territorializado por dinámicas identitarias provenientes de las particularidades y singularidades del mundo y estructura de cáncer, dinámicas en las cuales los actores evidentemente van perdiendo cierta autonomía y libertad territorial de elegir los espacios significativos y preponderantes de la vida cotidiana que desean frecuentar, transitar y habitar.

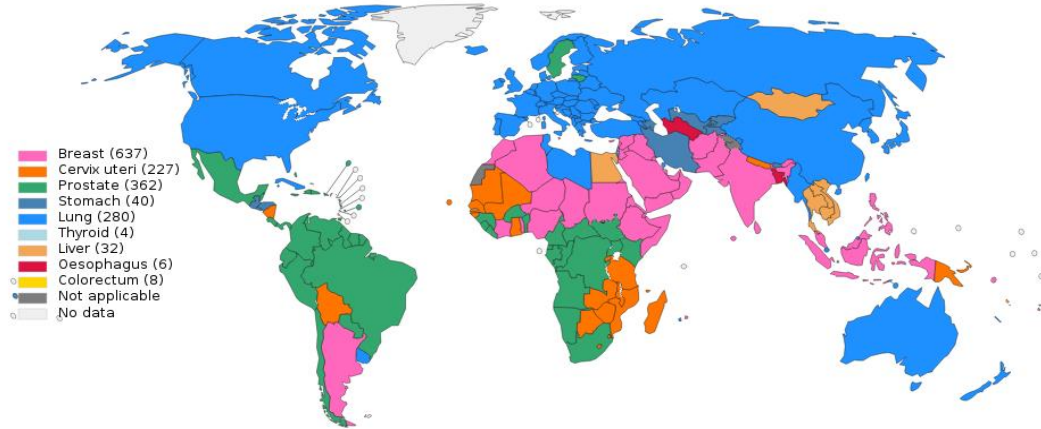
Lo dicho hasta el momento, implica a nuestro parecer que el estudio e investigación del Cáncer no debe ser solo reducido a un problema o cuestión médica que se resuelve en función de la relación salud/enfermedad, ya que como lo hemos visto no responde únicamente a esta lógica epistemológica y metodológica, su estudio en este orden de ideas es necesario ampliarlo a otras categorías ya que sus territorializaciones y pugnas sociopolíticas y socioemocivas, van más allá de generar un desequilibrio físico en el cuerpo a construir otras e inusuales formas y maneras en que se nos dan y se nos muestran los territorios y en consecuencia la identidad.

En términos generales, la guerra contra el Cáncer que hasta ahora no ha dado sus mejores resultados (ver mapa 1), se encuentra mediada por esta personificación y construcción del Cáncer como un enemigo y en especial, como un conquistador no sólo de la vida de quien habita, sino de toda una estructura social, cultural, política, económica y emocional que se representa u

⁴³ Desde la perspectiva de Carlos Vladimir Zambrano (2001), el encuentro entre los actores y el cáncer representa un encuentro entre dinámicas identitarias en las que está en pugna territorialidades, es decir, jurisdicciones reales, imaginadas e *inimaginables* que inciden significativamente *en* y sobre los espacios estructurados y habitados *cotidianamente por los actores* (Zambrano, 2001, p 18) (las cursivas son mías). Tanto el Cáncer como los actores humanos representan en sí una forma o manera no solo en que los territorios se nos dan, sino también, un modo en que se expresa una multiplicidad de identidades, por lo tanto y a raíz de la incidencia del esta enfermedad, el actor humano experimenta diversas transformaciones en su construcción identitaria, con esto no queremos decir que se cambia de identidad, sino que esta es trastocada o subsumida por una identidad de enfermo que le impone este actor no humano.

objetiva en los territorios más significativos de cada uno de los actores imponiendo un nuevo orden, forma y manera de ser habitados y delimitados.

cancer per country Estimated age-standardized rates (World) of deaths, both sexes, worldwi



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Data source: GLOBOCAN 2012
Map production: IARC
(<http://go.iarc.fr/today>)
World Health Organization

 World Health Organization
© International Agency for Research on Cancer
2018

Mapa 1 Mortalidad por Cáncer en el mundo. Globocan, 2012

El cáncer es una de las causas principales de muerte alrededor del mundo. En 2012, hubo 14,1 millones de casos nuevos, 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. El 57% de los nuevos casos de cáncer en 2012 ocurrieron en regiones menos desarrolladas del mundo que incluyen Centroamérica y partes de África y Asia; 65% de las muertes por cáncer en el mundo también ocurrieron en otras regiones. El número de casos nuevo de cáncer se prevé que aumenta cerca de 23,6 millones para 2030.

Instituto Nacional de Cáncer, 2018

Esta enfermedad, en este caso no ha sido conquistada por las “cruzadas” o guerras contra ella, sin embargo, no podemos desmeritar que estas guerras han motivado a nuestro parecer una especie de metamorfosis tanto en su forma como en la retórica o modo como los médicos, enfermos y acompañantes se refieren o hablan de ella como si fuera realmente otra que los habita, como si fuera ese inverso del mundo que pasa de estar abajo a estar arriba. En este orden de ideas, se establece un pensamiento y discurso respecto al Cáncer menos científicista⁴⁴ complementado con un discurso asociado primordialmente a lo simbólico, cultural, social,

⁴⁴ No estamos diciendo con ello, que deje de ser en esencia un pensamiento, práctica y discurso menos médico, al contrario, es aún más científico en la medida que es desde allí que se aborda el tratamiento contra el cáncer.

político y emocional de quien vive la experiencia del cáncer. Aspectos que, en últimos términos, constituyen una morfología, modo y estructura en que se delimitan y acotan los territorios de lo **cotidiano**.

1.1.2 La guerra contra el Cáncer

¿Por qué no tratamos de derrotar el cáncer para el bicentenario de los Estados Unidos? ¡Qué fiesta sería!

Anuncio The New York Times 1969, en Mukherjee (143)

Tras la personificación realizada por Richard Nixon del Cáncer como un enemigo y gran adversario a vencer, se inició la guerra o cruzada contra este actor no humano. Quizás la firma de la Ley contra este mal en los Estados Unidos fue uno de los hitos más llamativos, ya que generó un quiebre en la historia y evolución de cómo se estaba investigando, tratando y concibiendo al Cáncer, puesto que dejó de verse y asumirse como una “mera” enfermedad vergonzosa y oculta, a asumirse como un actor no humano con un carácter y personalidad de asesino, de conquistador y de expansionista que no solo interviene en la arqueología, normas y reglas del cuerpo, sino también, en la estructura y geografía de la sociedad en general.⁴⁵

Producto de este cambio de retórica que experimentó el Cáncer a raíz de las declaraciones de Richard Nixon, los tratamientos oncológicos también sufrieron una transformación en la manera como eran y son concebidos, ya que pasaron de ser unos “simples” tratamientos de una enfermedad particular a ser las trincheras de la sociedad contra este mal, como lo resalta a continuación Susan Sontag:

El tratamiento sabe a ejército, la radioterapia usa las metáforas de la guerra aérea: se bombardea al paciente con rayos tóxicos. Y la quimioterapia es una guerra química en la que se utilizan venenos. La primera generación de medicamentos contra el Cáncer fue la de las sustancias de tipo gas mostaza. Los llamados agentes alquilantes tales como la ciclofosfamida... fue descubierto como resultado de un experimento fortuito de guerra química, a finales de la segunda guerra mundial” (Sontag, 2013, p. 78).

⁴⁵ No quiere decir que antes de la firma de esta Ley por el entonces presidente de los Estados Unidos, no se hubiera hecho nada contra esta enfermedad, al contrario, se había avanzado significativamente en el estudio de los distintos tratamientos con los cuales se podía tratar o intentar erradicar al cáncer del cuerpo, desde el descubrimiento de la cirugía oncológica hasta la radioterapia y los tratamientos con químicos, en especial con el gas mostaza que se utilizó en la segunda guerra mundial.

Como vemos, los tratamientos (como la radioterapia⁴⁶, la quimioterapia y la cirugía) se asumieron bajo un vocabulario militar, en el que estos tratamientos fueron y son relacionados con ataques, desplazamientos, reagrupamiento, bombas, conquistas e intervenciones.

En este sentido, los tratamientos o arsenales militares estaban y están constituidos por radiaciones de súper voltajes, inyección de químicos de colores que viajan por toda la geografía del cuerpo⁴⁷, extirpación de órganos, desarticulación de miembros inferiores y superiores, hasta proyección rayos ionizantes en órganos afectados por células cancerosas y extracción parcial o definitiva de los mismos como lo explica o ratifica Jean Luc-Nancy a continuación:

El tratamiento exige una intrusión violenta. Incorpora una cantidad de ajenidad quimioterapéutica y radioterapéutica. Al mismo tiempo que el linfoma roe el cuerpo y lo agota, los tratamientos lo atacan, lo hacen sufrir de diversas maneras y el sufrimiento es la relación entre una intrusión y su rechazo (Nancy 2007, p. 38).

En términos generales son grandes agentes territorializantes que actúan de manera similar a su enemigo, invaden, atacan e irradian todo el órgano que ha sido conquistado por este actor no humano. Los agentes no se detienen hasta acabar de conquistar y dominar al Cáncer, son una clase de *balas mágicas* (Mukherjee, 2011) que pueden llevar al borde de la muerte tanto a las células malignas como al enfermo⁴⁸, a raíz justamente de la intrusión violenta y agresiva que realizan a la hora de recuperar el o los territorios perdidos.

Bajo esta mirada, los tratamientos contra el Cáncer representa a nuestro parecer un gran modelo de guerra y un gran modelo de apropiación territorial en los que predomina un proceso o estrategia de expansión, conquista, posición territorial y asentamiento similar al de este actor no humano, ya que lo que está en disputa por el Cáncer y el tratamiento es un órgano, el cuerpo o en su defecto todo una estructura socialmente construida por cada uno de los actores afectados por el enemigo como puede llegar a ser la identidad del actor y todo lo vinculado a esto.

⁴⁶ Definida por la Dra. Virginia Ruiz en su blog de una radioncóloga como un rayo de esperanza. Para mayor información ingresar al siguiente enlace www.radioncologa.com

⁴⁷ En el caso de la quimioterapia, cuando se comenzó a estudiar qué tipo de químicos se debían utilizar contra esta enfermedad, se utilizó el gas mostaza que fue utilizado en la segunda guerra mundial para disminuir el tamaño de los tumores y de esta manera, llevar al enfermo a cirugía y extirpar el tumor con mayor facilidad y menor riesgo para el enfermo. Pasados los años, la quimioterapia fue relacionada con un veneno que no solo acababa con las células malignas del cáncer, sino también, con las demás células. incluyendo glóbulos rojos y blancos.

⁴⁸ No es en todos los casos, es en aquellos casos en los cuales el cáncer se encuentra en un estadio avanzado, ya que esto significa que hay un compromiso mayoritario de varios órganos vitales del cuerpo, lo que demanda un tratamiento con intención paliativa a la espera de garantizar una mejor calidad de vida hasta el final de los días del enfermo.

En cuando al modelo de guerra, refiere Carlos Vladimir Zambrano⁴⁹, hay un encuentro entre jurisdicciones o emplazamientos, es decir, entre la sociedad entera que por un lado desea erradicar al Cáncer y mantener la estructura social y el estatus ya establecido; y por el otro lado, el Cáncer que desea conquistar la sociedad y establecer a través de las prácticas de medicalización y de los simbolismos que representa otra estructura o modo en que esta se presenta o se gestiona en función no de una construcción de actores sanos, sino en función de actores enfermos apropiados por este particular actor no humano.

Este encuentro entre jurisdicciones implica el desarrollo de modelos de guerra excepcionales entre los cuales se destaca la quimioterapia neoadyuvante⁵⁰, adyuvante⁵¹ y concomitante⁵² además de la radioterapia a través de acelerador lineal⁵³ y la cirugía oncológica que puede ser radical o conservadora. Pero también y proveniente del cáncer, se destaca una serie de modelos de guerra referentes a la metástasis a órganos contiguos o lejanos del cuerpo, el ocultamiento de las células malignas al momento de su estudio y el avance en cuadrilla o en tropa de las células cancerosas por toda la estructura del cuerpo solo por mencionar algunos casos. Al respecto Susan Sontag intenta explicar y detallar la materialización de los modelos o de las jurisdicciones en pugna por el territorio:

Cuando se habla de Cáncer las metáforas maestras no provienen de la economía sino del vocabulario de la guerra: no hay médico, ni paciente atento, que no sea versado en esta terminología militar, o que por lo menos no la conozca. Las células cancerosas no se multiplican y basta: invaden. Como dice cierto manual los tumores malignos aun cuando crecen lentamente invaden. A partir del tumor original las células cancerosas colonizan zonas remotas del cuerpo, empezando por implantar diminutas avanzadas (micro-metástasis) cuya existencia es puramente teórica pues no puede detectarse. Las defensas del organismo no son casi nunca lo bastante vigorosas para eliminar un tumor que ha creado su propio abastecimiento sanguíneo y que está constituido por miles y millones de células destructivas. Por muy radical que sea la intervención quirúrgica, por muy bastos los reconocimientos del terreno físico, las remisiones son, en su mayor parte, temporarias; el pronóstico es que la invasión tumoral continuará o que las células malhechoras se reagruparán para lanzar un nuevo ataque contra el organismo. (Sontag, 2013, p. 78).

49 Estas reflexiones del Dr. Carlos Vladimir Zambrano las tomo de una asesoría dada en el marco de la realización de su curso ofrecido en la Maestría de Estudios Territoriales en el año 2017.

50 La quimioterapia neoadyuvante es la primera línea de ataque que se le ofrece al enfermo con el fin de reducir tamaño del tumor de cara a una posterior cirugía y/o tratamiento con radioterapia. Es conocida como inducción o conversión ya que su objetivo es la reducción de la enfermedad.

51 La quimioterapia adyuvante se administra tras una intervención quirúrgica practicada para extirpar el tumor.

52 La quimioterapia concomitante es aquella que se aplica al mismo tiempo que otro tratamiento, generalmente la radioterapia.

53 Un acelerador lineal personaliza los rayos X de alta energía, o electrones, para que se ajusten a la forma de un tumor y destruyan las células cancerosas sin afectar el tejido normal circundante.

Estos modelos de guerra no solo se apropiaron de lo discursivo, a su vez, estas metáforas guerreristas comenzaron a materializarse espacialmente, territorializando los espacios mismos en los que tiene lugar la atención de los enfermos. Es así que estos espacios, eran y son nombrados por los enfermos como lugares lúgubres, agresivos, temerosos, oscuros y ambiguos. Esto último porque el enfermo en estos espacios no sabía si experimentar una sensación de esperanza o de desesperanza.

Respecto al médico y a su equipo de asistentes estos son vistos como los guerreros heroicos que representan a la sociedad, hombres valientes que estudian minuciosamente el campo de batalla conquistado por esta enfermedad, para ello realizan varios exámenes de extensión con el fin de determinar por una parte la localización del cáncer, su grado y si hay diseminación a otros tejidos u órganos y, por otra parte, para planificar el plan de tratamiento o modelo de guerra a utilizar (Ver imagen 3). Paralelamente a estos estudios, realizan una minuciosa investigación geohistórica del enfermo que está del otro lado del escritorio con el fin de ultimar detalles del tipo e intensidad del tratamiento a sugerir o a utilizar en la pugna contra el Cáncer, ya que no es lo mismo tratar a un niño que a un adulto mayor o a un adulto con hijos.

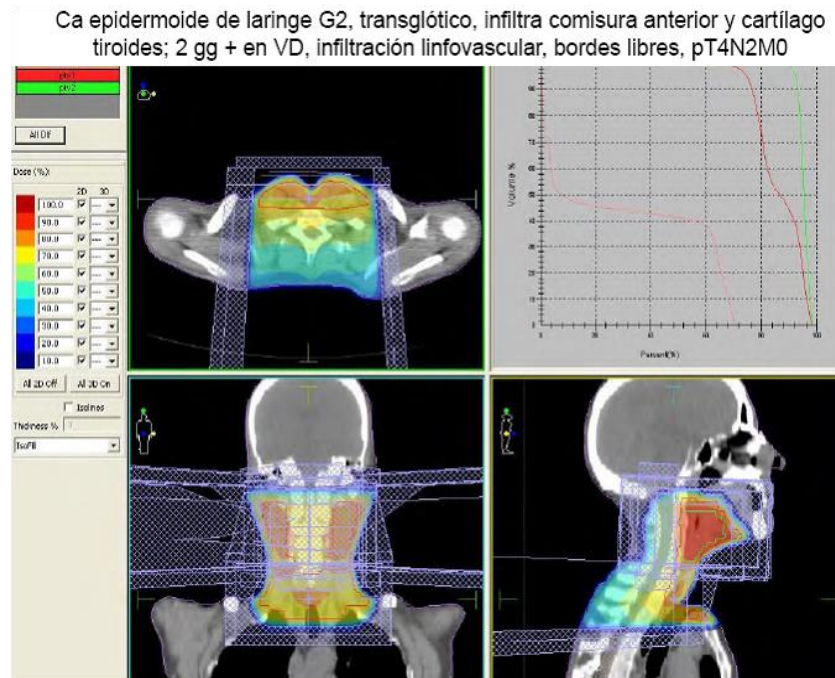


Imagen 3 Planificación y estudio de un tumor de laringe. Medica Virginia Ruiz, 2014

Al tener la información precisa y detallada tanto del tipo de cáncer como del enfermo⁵⁴, el médico le propone varios planes de tratamiento que pueden llegar a ser eficaces en la erradicación del mal. El enfermo y la familia solo tienen un par de segundos para pensar en cada una de las alternativas y en las consecuencias o efectos secundarios de cada uno de ellos. El enfermo de esta manera consulta sobre asuntos que están muy relacionados con la pérdida del cabello que siempre se vincula a esta enfermedad, entre otros aspectos de índole general ya que de acuerdo al tipo de cáncer hay consecuencias físicas, sociales, simbólicas y morales tanto en el cuerpo, como en la estructura de la sociedad.

Médico, enfermo, Cáncer y agentes entran en una etapa definitiva en el proceso o fase de inicio del tratamiento, esto es la negociación entre los actores de la guerra. La negociación en la medicina y en especial en la oncología debe llegar a un acuerdo humano y moral ya que lo que está en juego a parte de la vida es la concepción de cuerpo que el sujeto enfermo tiene de sí y con la que espera o desea salir después de esta batalla.

El cuerpo, de esta forma, es objeto de reflexión tanto del médico como del enfermo, es discutido con respecto al tipo de tratamiento que se va a utilizar y a las huellas o marcas que puede dejar tanto en los tejidos internos como en los tejidos externos del cuerpo (ver ilustración 1)⁵⁵. A su vez, esta negociación, no solo se proyecta en la concepción del cuerpo sino también en la concepción y construcción de los territorios que habita y frecuenta el enfermo. Dicho en otras palabras, esta negociación, para la disposición territorial de los actores, implica en términos generales una reorganización de los órdenes y de los modos de asentamiento

⁵⁴ Los enfermos se dividen en dos tipos: 1) los que tienen intención curativa y 2) y los que tienen intención paliativa. Al primer grupo se les ofrece una serie de tratamientos tóxicos y agresivos con el propósito de alcanzar la curación, por lo tanto, deben asumir con “valentía” los riesgos que implica cada uno de los esquemas de tratamientos. Y al segundo grupo, se le ofrece un acompañamiento especializado hasta el final de la vida que no implica la realización de tratamientos invasivos o agresivos.

⁵⁵ La diferencia con los tratamientos o “modelos” de guerra oncológicos tiene que ver con que esas “pérdidas” o esas “transformaciones” por una parte son radicales como lo es en el caso del Cáncer de mama o en los carcinomas de hueso que en ocasiones implican amputación de uno de los miembros inferiores o superiores, solo por mencionar algunos casos. En términos generales cada tipo de Cáncer implica una pérdida o un deterioro de un órgano.

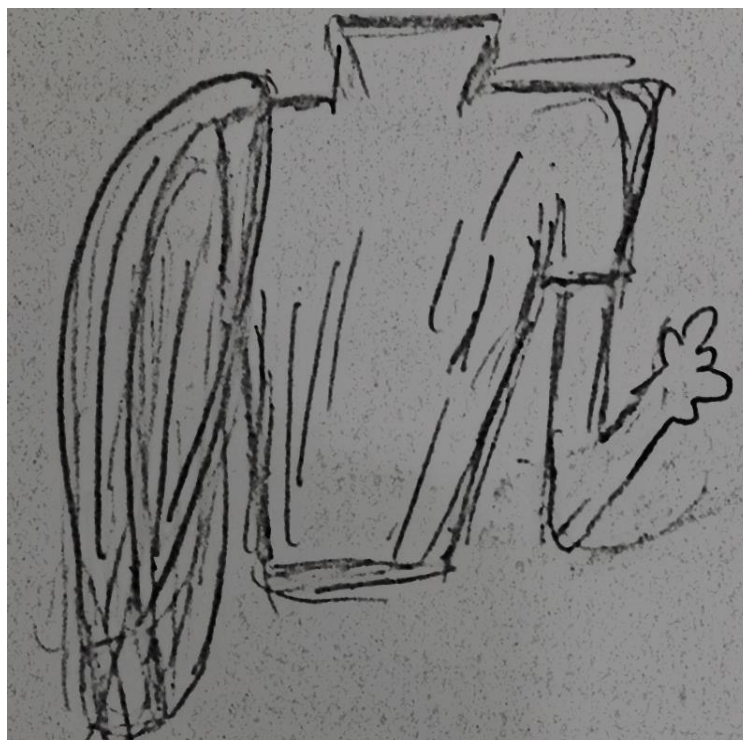


Ilustración 1 El cuerpo después de la negociación y del primer esquema de tratamiento. Milton V., 2016

La negociación en este contexto representa, hasta qué límites humanos el enfermo acepta llevar esta guerra contra este valiente enemigo, hasta dónde va a luchar a cambio de prolongar así sea por unos días o meses la estancia en el mundo o en la sociedad de los sanos ¿Hasta dónde?⁵⁶ Como lo advierte Christopher Hitchens cuando se vio en medio de su propia negociación posterior de haber sido notificado de su cáncer de Páncreas:

La negociación Oncológica es que, a cambio de al menos la oportunidad de unos cuantos años útiles más, aceptas someterte a la quimioterapia y luego, si tienes suerte con eso, a la radiación e incluso a la cirugía. Así que ahí va la apuesta: te quedas por aquí un tiempo, pero a cambio vamos a necesitar unas cosas tuyas. Esas cosas pueden incluir tus papilas gustativas, tu capacidad de concentración, tu capacidad de digerir y el pelo de tu cabeza. Sin duda parece un intercambio razonable. Desgraciadamente, también entraña afrontar uno de los clichés más atractivos de nuestro idioma. Lo has oído, la gente no tiene Cáncer: se informó de que luchan contra el Cáncer. (Hitchens, 2012, p. 15).

⁵⁶ De esto resulta o emerge otro fenómeno que es conocido en el mundo de la medicina como el encarnizamiento médico o terapéutico con los enfermos. En ambos casos hace referencia a la insistencia del equipo de atención en buscar por todos los caminos mantener con vida al enfermo, utilizando para ello todo tipo de estrategias aún más agresivas y violentas. Este asunto, a nuestro parecer se presenta como un producto de una estructura o sistema de salud mediado por las prácticas globalizantes en las que se considera a cada enfermo paciente o mercancía de la cual es factible generar una serie de recursos incluso hasta el último día de vida del enfermo. Este tema no se profundiza en la Tesis, no obstante, si llamamos la atención sobre los valores éticos y morales tanto de la medicina, como de los enfermos mismos que están siendo atendido en cada una de las Unidades Oncológicas del país.

Asumir el tratamiento de esta enfermedad como una metáfora de la guerra exige y obliga a que los actores involucrados en ésta no solo se sientan motivados para ir hasta el final para alcanzar el objetivo, sea la conquista del Cáncer o la conquista de la vida. Cada vez que una persona es ocupada o invadida por el Cáncer no se le informa que tiene un tumor o una malformación celular en algún órgano, de entrada, se le está informando que es un valiente guerrero que lucha contra esta enfermedad, es decir, que inicia una batalla sin límites con el enemigo más temido en la historia de la humanidad, el Cáncer.

Este acto de informar que se “lucha” contra el Cáncer y no de que se tiene un cáncer maligno en el pulmón o en el hígado, evidencia la transformación en la retórica y la manera de asumir esta enfermedad en la actualidad, va más allá de un tumor que nos invade, a un enemigo que nos ataca y nos conquista simbólica y espacialmente.

El acto de informar que se lucha contra el Cáncer representa un despliegue de palabras asociadas a una pugna y lucha entre actores, en nuestro caso, aquellas palabras están muy relacionadas con expresiones como “guerrero”, “luchador”, “héroe”, “valiente” y “superhéroe” en especial cuando se trata de niños o niñas menores de quince años (15) a los cuales no solo se le adecuan las habitaciones de las clínicas con imágenes de Superman, Spiderman, Batman, Shrek o valientes princesas (ver imagen 4), sino que también en el caso de aquellos niños o niñas que padecen algún tipo de cáncer de cerebro y que durante sus radioterapias deben utilizar por protección una máscara termoplástica⁵⁷, esta es personificada (pintada o decorada) con el superhéroe favorito de cada uno de los niños para de esta manera motivarlos a vencer el Cáncer y además, para vencer el gran temor que se tiene al momento de iniciar precisamente el plan de tratamiento o el modelo de guerra propuesto en este caso por la oncóloga pediatra. (Ver imagen 5).

⁵⁷ Esta máscara tiene la propiedad de reblandecerse al sumergirla en el agua caliente, al reblandecerse en una cuba eléctrica con agua, se le coloca al enfermo para que tome la forma de su rostro y de su cabeza. Posterior a ello, se le coloca un soporte o cabezal apropiado para mantener el cuello en una determinada posición que favorecen luego la intervención del tratamiento. En términos generales esta máscara lo que permite es mantener la cabeza rígida durante el procedimiento, evitando cualquier tipo de movimiento del enfermo.



Imagen 4 La Habitación, Sede Oncólogos de Occidente, Hospital Infantil de Manizales. Milton V., 2014



Imagen 5 Máscara termoplástica de radioterapia personalizada Capitán América. Milton V. 2016

Este tipo de personificaciones espaciales no solo de los espacios de la clínica, de la casa, de la ciudad y del vocabulario mismo estimulan al enfermo y también configuran un ambiente de tranquilidad y de certeza que es el enfermo quien lucha contra el cáncer y no el cáncer que lucha contra el enfermo como normalmente se siente cuando se informa de que se tiene algún tipo de cáncer. Este juego de palabras lo que genera es una sensación de superioridad sobre el enemigo que desde 1969 fue expuesto al mundo como un ser más adaptado que la misma raza humana, ciertamente, que los humanos lo dominan a pesar de ser una especie paralela y avanzada que el mismo humano.

Para ir cerrando este apartado referente a los tratamientos o agentes de la guerra me referiré al tratamiento entendido como un modelo tanto de apropiación territorial como un modelo o modo en que se habita o se transita cada uno de los territorios de la vida cotidiana. A parte de ser agentes altamente agresivos y violentos como lo hemos visto hasta ahora, son agentes que a su vez se caracterizan como el Cáncer, por incidir paulatinamente en las prácticas y discursos a través de los cuales los actores objetivan y delimitan los o sus territorios significativos. Tanto la quimioterapia como la radioterapia y evidentemente las cirugías radicales o conservadoras intervienen física y simbólicamente tanto en la producción territorial, como en las prácticas y modos en que los actores viven particularmente los territorios.

Ya que son tratamientos que por su agresividad y forma como se ejecutan, no solo están afectando las células malas, sino también los demás tejidos y órganos del cuerpo lo que en consecuencia causa una serie efectos secundarios que condicionan física y emocionalmente al actor social en el territorio. Es decir, su ser en el territorio se ve enteramente trastocado y transgredido por los efectos físicos (náuseas, fatiga constante, dificultad para alimentarse, pérdida del apetito, vómito, diarrea, dolores musculares, dolor de cabeza, dolores estomacales, estreñimiento, pérdida del equilibrio, pérdida de la ubicación espacial y temporal, caída del cabello entre otros)⁵⁸ y emocionales (baja autoestima, tristeza, deseos de llorar, depresión solo por mencionar algunos) en tanto limitan y reducen el ser, el hacer e incluso el discurrir en y de cada uno de los territorios significativos, con lo cual se interrumpe la relación y los vínculos ya construidos con los espacios cotidianos como por ejemplo con la oficina de trabajo, la

⁵⁸ Hemos mencionado efectos secundarios en términos generales tanto de la radioterapia como de la quimioterapia, pero es importante aclarar, que estos varían de acuerdo al tipo de cáncer, a su ubicación, al estadio y al tipo de tratamientos que se esté realizando.

universidad, la escuela, el colegio, el parque, el centro comercial, la casa, la habitación, la cama y los medios de transporte entre otros.

A su vez, son tratamientos o arsenales médicos que, por su complejidad e impacto en la salud física y emocional del enfermo, se caracteriza por representar una serie de prohibiciones y recomendaciones preponderantes e influyentes en el desarrollo normal de la vida de los actores. Entre tanto son recomendaciones estrictas y de obligatorio cumplimiento que están asociadas al cuidado y manejo del cuerpo, a la alimentación adecuada, a la proxémica corporal y social con los demás actores y a la proxémica territorial en tanto se sugiere como se deben usar o habitar los territorios sobre los cuales trasciende la vida cotidiana de los actores entre otros aspectos que en último término interfieren y prohíben las relaciones en y con los demás actores como con los territorios. Como lo deja en evidencia el relato de Bettina Martínez:

Me hace falta salir, pero la verdad yo me la paso aquí en casa, porque debo salir con tapabocas y con todos los cuidados, y si llueve de una me tengo que devolver, entonces es incómodo, uno tiene que hacer tantas cosas, cumplir tantas recomendaciones que prefiero no hacer nada y quedarme en casa todo el tiempo (Bettina Martínez, 2016)

Pero no solo se materializa una cohibición o aislamiento territorial producto de las limitaciones físicas y de las recomendaciones médicas, sino que a su vez y como lo veremos más adelante en el capítulo 2, se posibilitan nuevas relaciones y territorializaciones tanto con otros actores (médicos), como con otros objetos (medicamentos), discursos, prácticas (medicalización) y territorios como la ventana, la cama, la almohada, la habitación, la casa, el barrio, la clínica, el albergue y la ciudad en general puesto que se proyecta otra imagen o la espalda subsumida de cada uno de estos territorios, ciertamente, a raíz del Cáncer, el enfermo se percata de otras particularidades, dimensiones y territorializaciones que asumen cada uno de estos territorios posterior del hito territorial.

En términos generales estas metáforas de la guerra buenas o malas, lo que han posibilitado por una parte es reconocer la dimensión territorial tanto del Cáncer, como de cada uno de los agentes establecidos para contrarrestarlo, esto lo decimos en virtud de la capacidad de agencia para la producción de espacios con la cual disponen al momento de intervenir tanto en la estructura, como en las dinámicas que posibilitan el hilvanado o tejido espacial de cada uno de los actores. Y, por otra parte, esta metáfora de la guerra vista desde lo emotivo ha permitido mantener en cada uno de los enfermos la esperanza intacta de sobrevivir a esta enfermedad, de que el Cáncer

como los humanos es mortal y vulnerable, y que es factible controlarlo temporalmente o, en su defecto, vencerlo a través de métodos o estrategias casi militares que llevan al límite la condición humana. Dicho en otras palabras, esta metáfora de acuerdo con Christopher Hitchens (2011), es una clase de superstición o utopía que mantiene al enfermo con la idea de retornar a casa sano o al menos con el cáncer controlado por un tiempo.

1.2 La violencia del Cáncer en Colombia: el azote

Con los mejores científicos colombianos de la medicina, el Instituto, ha aportado sus investigaciones a la ciclópea lucha que en toda la tierra se adelanta, sin concesiones ni desfallecimientos, contra ese azote, el cáncer, que atormenta a las humanas criaturas de Dios. (Virgilio Galvis Ramírez en Otero, 1999)⁵⁹



Imagen 6 Fachada Instituto Nacional de Radium Colombia, 1934

Recordemos que para 1936 en el simposio celebrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos, se proclamó al Cáncer, a ese cangrejo, a ese enemigo que descubrió Hipócrates hace más de 2500 años como el mal más temido por la humanidad. Este hito que es clave en la reconstrucción de esta historia geo-cultural, social y

⁵⁹ Ex ministro de salud, quien fue destituido en 1999 por celebración indebida de contratos públicos.

simbólica de ésta enfermedad decantó un camino y proceso de lucha contra el Cáncer en el mundo y en Colombia, aunque para estas fechas en Colombia, a través de la sociedad de medicina no solo se comenzó a hablar de “Cáncer” en los hospitales y en las universidades, principalmente en el Hospital San Juan de Dios y en la Universidades Nacional de Bogotá, si no que a su vez, se comenzó a idear y a pensar la estructura en términos políticos, económicos, sociales, educativos y médicos para iniciar la batalla nacional contra este mal.

Es así que nuestro interés no es documentar cíclicamente o linealmente la historia de esta enfermedad en Colombia, ni los aportes que en esta materia llegaron a realizar nuestro médicos a la lucha contra el cáncer en el mundo, nuestro interés es esbozar en términos generales cuándo y de qué manera se comenzó a hablar de “Cáncer” en Colombia y, a su vez, cómo se organizó y materializó la lucha contra él en todo el país o al menos en la capital de la república, dicho en otras palabras, cómo se instauró y se organizó una estructura en torno al cáncer que más adelante, posibilitó el desarrollo fuerte de la rama de la oncología en Colombia.

Decimos en términos generales, ya que lastimosamente no hay una buena documentación del recorrido que tuvo el Cáncer por nuestro país, al contrario la poca información que se encuentra, está dispersa en viejos libros de medicina, artículos en revistas o en notas de periódicos que se han ido evaporando como se ha evaporado el recuerdo de aquellos ilustres médicos colombianos que tuvieron la sagacidad y la valentía de declararle la guerra a este mal sin temor o interés alguno, más que el de encontrar nuevas estrategias para vencerlo⁶⁰.

Algunos de esos libros, como el de Efraím Otero (1999)⁶¹ permite entrever entre otras cosas, parte del recorrido de esta enfermedad a través de la reconstrucción de la historia del Instituto Nacional de Cancerología. En su libro no solo expone de manera secuencial la forma en que en nuestro país se inició la atención de los enfermos de cáncer, sino que además de ello presenta una descripción social y cultural de esta enfermedad en la cual llama la atención el modo en que es entendido el Cáncer, que es asumido como un azote⁶² violento del cuerpo y de la sociedad.

⁶⁰ Hoy por hoy, de acuerdo con Efraím Otero Ruiz (1999), estos médicos, estos hombres son patrimonio de la sociedad colombiana por sus contribuciones en la materia de la oncología.

⁶¹ Setenta años del cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999.

⁶² La metáfora utilizada por Efraim Otero en la que el Cáncer es asumido como un azote, proviene entre otras cosas, de las primeras manifestaciones u oleadas de violencia en Colombia; recordemos que por mucho tiempo la violencia local y nacional fue descrita por los actores como un azote que golpea fuertemente a toda la sociedad. Es así que el autor decide utilizar esta expresión tanto para entender al

Un azote del cuerpo y de la sociedad, que golpea violentamente la estructura del país en tanto que los casos fueron creciendo significativamente⁶³ en todo el territorio nacional. En vista de este significativo crecimiento y avanzada del Cáncer, la sociedad de médicos influenciada por la medicina francesa y en especial por los estudios y métodos experimentados e ideados por los esposos Marie y Pierre Curie⁶⁴ en el Laboratorio Nacional de Radium de Pasteur, a Colombia no solo llegaron los primeros agentes como el radium para tratar el cáncer⁶⁵, sino que a su vez, entre los médicos que se habían formado en dicho laboratorio se comenzó a trabajar fuertemente en la idea de impulsar el proyecto del Instituto Nacional de Radium de Colombia desde el cual se organizaría todo el proceso de atención y lucha contra el Cáncer en términos médicos, científicos, sociales y políticos.

El objetivo de estos médicos no era más que posibilitarles a los enfermos que *“pasen el próximo milenio, y todos juntos estén de cara a las últimas investigaciones y acontecimientos que posibilite vivir en paz hasta en su propio cuerpo”* (Otero, 1999, p. 8). Es, como ha sido siempre, una búsqueda constante de la paz, incluso, de la paz del cuerpo en tanto el Cáncer ha representado en todo el país una forma física de violencia es, digámoslo de alguna manera, una extensión física y corporal de cómo puede llegar a ser explicada y entendida la violencia en Colombia, en este caso, como un gran azote.

Con la orientación del médico y biólogo Francés Claudio Regaud⁶⁶, pionero en la radioterapia⁶⁷ en el Instituto Curie quien por invitación del entonces Ministro de Educación llegó a Colombia donde no solo ofreció distintas conferencias sobre *“la organización de la lucha contra el cáncer”* (Ruiz, 1999, p 27) en el mundo, sino que, a la vez, motivó y asesoró en el desarrollo

Cáncer como para describir su impacto físico, social, cultural, económico y espacial. El Cáncer en este marco es el reflejo de un acto violento contra el cuerpo y contra lo que rodea a éste.

⁶³ No hay datos concretos ya que, para la fecha en mención, Colombia no contaba un sistema de registro de la incidencia de las enfermedades.

⁶⁴ Matrimonio de químicos franceses. Ambos se enfocaron en estudiar la radiactividad que fue descubierta por el físico francés Henri Becquerel, trabajos que darían como resultado el descubrimiento de la existencia de dos nuevos elementos en 1898: el radio y el polonio. Posterior de la muerte de Pierre Curie, Marie Curie funda en 1914 el Instituto del radio o radium, en el que llevó a cabo un profundo estudio de las aplicaciones de los rayos X y de la radiactividad en diversos campos de la medicina; como por ejemplo en contribuir a atacar las células malignas o de crecimiento anormal. A parte de estos estudios fue en este Instituto donde varios médicos colombianos llegaron como becarios para formarse en la aplicación y preparación del radium. (Tomado de enciclopedia y biografía en línea. Biografías y vidas. Consultado el 7 enero de 2018. Disponible en www.biografiasyvidas.com)

⁶⁵ A Medellín llegaron los primeros equipos de radiografía y radiología, pero fue en Bogotá, en el Hospital San Juan de Dios, donde el médico Alfonso Esguerra y otros inauguraron la primera sección de radium del país que más adelante dejaría como fruto el inicio del ambicioso Proyecto del Instituto de Radium Nacional. (Ruiz, 1999)

⁶⁶ Jefe de laboratorio de radiofisiología del Instituto de Radium de París, figura clave en la iniciativa de creación del Instituto de Radium de Colombia.

⁶⁷ Tras varios años de investigación y experimentación dedujo que los rayos X también podrían usarse contra las células de crecimiento rápido y por lo tanto, contra los tumores cancerosos. (Ruiz, 1999)

del ambicioso Proyecto de Instituto de Radium de Colombia. Para ello, y en su visita a Colombia visitó tanto el lote en el que se realizaría el Proyecto, como el Hospital San Juan de Dios de Bogotá para conocer de primera mano los avances en términos de la medicina que había llegado a alcanzar en esa década Colombia. Esta visita en términos generales le permitió hacerse una idea general del contexto social, político, médico y económico con el cual disponía Colombia para el iniciar la obra y la estructura orgánica del Instituto.

Ya estando de regreso en Francia el médico Regaud, remite un documento denominado “*informe – a propósito del proyecto sobre un Instituto Colombiano de Radium*”⁶⁸, en el que explica en detalle la estructura interna en términos de los procesos médicos y de los procesos administrativos del instituto. Del mismo modo se refiere a la estructura y estética del edificio que se debe construir, a la utilización de los espacios, a la ubicación de los servicios y a la localización de las camas para los ricos y pobres, del modelo de atención que se debía instaurar, de las rutinas médicas y del personal médico que se requería contratar por sección para garantizar un adecuado desarrollo de cada uno de los servicios. En síntesis, se trata de un informe bastante completo que dejó montada la base administrativa y médica de lo que hoy se conoce como el Instituto Nacional de Cancerología.

Este informe constituiría el primer escalón con el que iniciaría el proyecto del Instituto en Colombia. El profesor José Vicente Huertas⁶⁹ fue el encargado por Colombia de recibir el informe del médico Regaud, lo revisó en detalle y realizó ajustes al mismo en función del contexto colombiano y de los alcances de la medicina local y luego de ello, lo presentó al congreso para buscar su aprobación y apoyo del gobierno nacional. Tras la presentación del informe se logró el apoyo nacional y se dio vía libre a la segunda fase de este proyecto.

Y es por medio de la ley 81 de 1928 por la cual se crea el primer Instituto Nacional de Radium del país y otros oficios referentes al cáncer. Instituto que tendría como objetivo en su primera línea de ataque conquistar el Cáncer restableciendo la paz del cuerpo y de toda la sociedad colombiana, posterior de haber organizado esta línea de atención, abriría otras líneas de estudio e investigación de enfermedades de la sangre, pero primordialmente el objetivo era y es erradicar

⁶⁸ Este informe fue dirigido directamente al Profesor José Vicente Huertas y a la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá (Ruiz, 1999).

⁶⁹ Ministro de instrucción pública de Colombia en 1928.

el temido cáncer del territorio nacional⁷⁰. Esta ley destinó un presupuesto inicial de 40.000 pesos para construir el edificio y para adquirir todos los equipos físicos y humanos requeridos para poner en marcha el Proyecto. Entre los recursos físicos se debía comprar 1 gramo de radium⁷¹ y los equipos de radioterapia para la aplicación (ver imagen 7). No obstante, el presupuesto inicial aprobado por el gobierno no fue suficiente para los distintos gastos, y se tuvo que establecer diferentes estrategias para alcanzar el presupuesto requerido y así evitar que el proyecto se detuviera. Entre las estrategias se destaca la venta de bonos de defensa nacional, donativos de joyas y el establecimiento de periodos de empréstito patriótico.⁷²



Imagen 7 Equipo de Radioterapia del Instituto Nacional de Radium Colombia, 1940

⁷⁰ El instituto al crearse estuvo bajo el manejo y supervisión de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia, más adelante cuando cambia de nombre al Instituto Nacional de Cancerología, por decreto deja de ser responsabilidad de la Universidad Nacional a ser responsabilidad del Ministerio de salud de Colombia.

⁷¹ Sustancia química radiactiva formada de la degradación del uranio y el torio. Fue descubierto por los esposos Curie. El radium fue conocido como la gran droga mágica (Otero, 1999), a través del cual se realizaba la radioterapia.

⁷² Es una forma de captar dinero del público por parte de las entidades de crédito, que emiten en este caso un conjunto de valores en serie que la gente puede comprar. A cambio, la entidad se compromete a devolver el dinero en el plazo y con los intereses pactados.

Paralelamente al inicio del gran proyecto, un grupo de becarios cobijados por la misma ley que dio vía libre al Instituto, viajaron a Europa y a los Estados Unidos a especializarse y a conocer las dinámicas, equipos y modelos de trabajo de otros institutos especializados en radium u oncología⁷³. Esta visita le permitió a la comitiva nacional de médicos conocer de primera mano los mejores equipos, los principales proveedores y principales modelos de atención que a nivel internacional se estaban utilizando para contrarrestar el esta enfermedad y así, no solo escoger los equipos adecuados, sino también, idear un modelo propio acorde al contexto nacional.

Para el 4 de agosto de 1934, el presidente Enrique Olaya Herrera⁷⁴ en una solemne ceremonia inauguró el primer Instituto Nacional de Radium del país. Desde entonces comienza el funcionamiento del instituto no con todos los equipos de atención, pero sí con los indispensables. El edificio estaba completamente terminado, caracterizado por un arte racionalista que gozaba de una buena estética arquitectónica, uso y distribución del espacio adecuada. Al respecto cuenta Efraím Otero (1999),

La primera planta consta de tres pisos, cuya primera planta está ocupada por salas de consulta, administración, estadística e instalaciones de roentgenterapia general y especial, así como radiodiagnóstico junto con las demás dependencias. Además, consta de las edificaciones necesarias para los servicios de capilla, anfiteatro, cocinas, despensas y dormitorio del servicio. La segunda planta estaba destinada a los laboratorios de anatomía patológica, oficinas, comedores, biblioteca, sección de aplicación de radium, celdas de hospitalización y servicio anexos. Y finalmente el tercer piso está ocupado por el servicio de cirugía, celdas de hospitalización y departamento de residencias de las hermanas de la caridad (Efraím, 1999, p. 78)⁷⁵.

Desde que el Instituto abrió sus puertas en el 1934 hasta 1943, es decir 9 años después, habían pasado por todos los servicios que se ofrecían más de 9968 enfermos (Otero, 1999) de todas las regiones y rincones del país. Un número bastante grande e inquietante para las directivas del Instituto lo que los motivó a buscar otras estrategias de carácter preventivo o que al menos permitieran realizar diagnósticos oportunos. Encaminado a este propósito, en 1945 se crea la Asociación Colombiana de Lucha Contra el Cáncer que tendría como objetivo avanzar en la

⁷³ La comitiva de médicos nacionales estuvo encabezada por el médico y Profesor José Vicente Huertas, Marco Iriarte, Ruperto Iregui, Juan Pablo Llinás y Daniel Brigard que a su vez más adelante por decreto nacional, serían nombrados como integrantes de la junta directiva del naciente Instituto. (Ruiz, 1999)

⁷⁴ Llegó a la presidencia de la nación como el representante de la coalición bipartidista conocida como concentración nacional. Pertenecía a una familia liberal. De los principales desafíos que enfrentó en su mandato fue la gran depresión de 1929 y el inicio escalonado de la lucha contra el cáncer en Colombia.

⁷⁵ El instituto estaba localizado en la calle 1ª. No. 9-85 de la ciudad de Bogotá.

concientización y sensibilización por medio de la divulgación de material informativo ya sea a través de libros, artículos, videos y notas en periódicos de las particularidades y singularidades de este azote de cuya existencia hasta ahora muchos colombianos se están percatando.

En este sentido, el Instituto aparte de ofrecer los servicios de salud en esta materia, se encaminó a promover distintas campañas educativas por todo el país que permitían presentar a los colombianos el nuevo visitante en términos de cómo eran sus ataques y cómo se podían llegar a “evitar”. Esta ardua tarea de concientización fue produciendo una cancerofobia que motivó a empresas, organizaciones y fundaciones de toda índole a sumarse en la batalla contra este enemigo.

El crecimiento de las ciudades colombianas y el número de casos atendidos que para 1953 sumaban más de 30 000, impulsó una nueva etapa para el Instituto Nacional de Cancerología⁷⁶, ya que por medio del decreto 3708 de 1950 fue traslado de la Universidad Nacional (pues de allí dependía su funcionamiento desde su inauguración) al Ministerio de Salud, esto con el fin de aumentar el presupuesto de funcionamiento lo que posibilitó, entre otras cosas, iniciar un proceso de descentralización que permitió llevar los tratamientos y servicios a otras ciudades o regiones alejadas del país. No fue hasta 1978 que el director Julio Enrique Ospina colocó en marcha la primera fase del Plan Nacional de Cáncer (PNC), que logró en la primera fase la expansión de ocho (8) zonales por todo el país, las cuales estaban dotadas técnica y humanamente para hacer frente a la avanzada del cáncer en todo el país. (Otero, 1999, p 153).

Entrada la década de los 70 y los 80 no solo el Instituto se extendió por todo Colombia como lo estaba haciendo el cáncer, a su vez, llegaron a Colombia nuevos enfoques y tipos de tratamientos, entre los cuales se destacaban las terapias médicas o ataques “mágicos” por medio de diferentes químicos que se inyectaban de manera intravenosa al enfermo, así como el mejoramiento de la radioterapia que ya no dependía del radium para su aplicación, sino de otras técnicas que se habían desarrollado principalmente en los Estados Unidos⁷⁷ y que ahora estaban llegando a Colombia.

⁷⁶ Por medio del decreto 519 de 1953 se cambia de denominación del Instituto de Nacional de Radium al Instituto Nacional de Cancerología lo que le permitió percibir nuevos fondos estatales (Otero, 1999, p. 133).

⁷⁷ Este desarrollo en la rama de la oncología recordemos que se debió principalmente a la firma de la Ley contra el cáncer que otorgó y amplió el presupuesto nacional para el estudio e investigación tanto del cáncer como de los posibles tratamientos con los cuales era factible tratarlo.

Tras la ejecución de la primera fase del Plan Nacional de Cáncer, se desarrolló la fase dos y la fase tres del Plan Nacional de Cáncer que contemplaba en este caso la ejecución campañas nacionales de lucha contra el Cáncer, que dejó como resultado, entre otras cosas, la prohibición de fumar en los vuelos nacionales y en espacios abiertos, además de otras disposiciones y aspectos que fueron transformando, configurando y moldeando las dinámicas de la sociedad colombiana a un nuevo orden cultural y político en relación con el cáncer.

En términos generales la historia del Instituto Nacional de Cancerología (INC), es para el caso de Colombia una buena historia y versión del recorrido que, en sus inicios, que en su llegada tuvo esta enfermedad por todo el territorio nacional. Desde la materialización de normas, reglas hasta la ejecución de planes y proyectos ambiciosos de erradicación del cáncer se elaboraron y ejecutaron en el transcurrir de los años a nombre de la campaña mundial “no más cáncer”. Desde la creación del Instituto en el 34, hasta los 90, Colombia vivió una transformación y evolución de los agentes o arsenales terapéuticos necesarios para combatir este azote y particular enemigo que desde tiempos remotos se ha intentado erradicar y eliminar.

1.2.1 Colombia en los 90 en adelante y Oncólogos del Occidente

La década de los 90 en adelante en Colombia fue clave no solo por el crecimiento del Instituto Nacional de Cancerología, sino también por la evolución y metamorfosis que vivió el Sistema General de Salud (SGS) colombiano mediante las disposiciones de la ley 100 de 1993⁷⁸. Esta ley en particular estableció los mecanismo para instaurar a nivel nacional un sistema concreto de seguridad social del cual eran partícipes tanto las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), como las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y a su vez, definió otros procedimientos claves para el desarrollo fundamental de la rama de la oncología en el país, entre dichos procedimientos se encuentra todo el protocolo de habilitación de las IPS prestadoras de servicios oncológicos, lo que incentivó sobre manera la proliferación en masa de un número significativo de IPS enfocadas a la prestación de servicios oncológicos contra el cáncer por todo el territorio nacional.

⁷⁸ Ley por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones al respecto del sistema de salud colombiano

La defensa nacional contra el Cáncer y la evolución de la rama de la oncología no solo dependía del crecimiento y desarrollo científico del Instituto Nacional de Cancerología, sino de varias Instituciones prestadoras de estos servicios que fueron habilitadas por todo Colombia con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, como es el caso concreto de Oncólogos de Occidente, que producto de la ley 100 se instauró en el departamento del Quindío y a su vez, inició un proceso de crecimiento que le permitiría más adelante abrir sus clínicas en los departamentos de Risaralda, Caldas y Norte del Valle aportando significativamente en la lucha y estudio del Cáncer en el país⁷⁹.

A esta configuración socio-espacial que fue motivada por la apertura de las clínicas de Oncólogos del Occidente en los departamentos ya mencionados, se le nombraría por algunos médicos y políticos del país como la Onco-región Andina de Colombia, haciendo alusión con esta expresión a un región abstracta caracterizada por un sin número de servicios y espacios terapéuticos para diagnosticar, tratar, atender y a rehabilitar a los enfermos, en este caso de cáncer.

Otro aspecto relevante que se debe tener en cuenta a la hora de revisar el panorama de la organización actual de la lucha contra el Cáncer en Colombia, fue la transformación que a nivel internacional vivió el modelo de atención de los enfermos como consecuencia del establecimiento de los objetivo del milenio y de la Cumbre Mundial contra el Cáncer para el nuevo milenio celebrada en París, Francia (2000). Cumbre en la se erigió un nuevo orden y protocolo caracterizado por un trabajo conjunto entre las naciones e instituciones que garantizara por una parte, el cumplimiento del objetivo número 5⁸⁰ y por otra parte, la erradicación esta enfermedad en el mundo.

De esta reunión (cumbre mundial) se presentó al mundo un documento que fue conocido como la Carta de París⁸¹ (2000), en la cual los países participantes como Colombia se han

⁷⁹ Oncólogos del Occidente en menos de 14 años pasó de tener una pequeña sede en el Hospital San Juan de Dios de Armenia, a tener cinco grandes clínicas en las cuales actualmente laboran más de 600 personas entre profesionales, asistentes médicos y administrativos, además de ampliar su portafolio de servicios hasta llegar a ser una de las dos más grandes Unidades Funcionales destacable en el ámbito regional, nacional e internacional.

⁸⁰ El control del cáncer se encuentra enmarcado en el objetivo número cinco (5), Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, en el cual se han establecido diversas metas encaminadas a la reducción de las tasas de mortalidad por este particular organismo.

⁸¹ La Carta de París es un documento simbólico en la cual, se mencionan las disposiciones esenciales para combatir el Cáncer en el nuevo milenio. Se trata de un documento constituido por 10 artículos y/o estrategias para erradicar este mal y las diferentes consecuencias asociadas a él como por ejemplo el estigma cultural entre otros asuntos. La elaboración de este documento simbólico fue motivada por el jefe de departamento de Oncología del Hospital de la Piti Salpde París, David Khayat y por su colega del Anderson Center de Houston de los Estados

comprometido a: 1) establecer estrategias de lucha eficaz contra el cáncer, 2) a reconocer los derechos de los enfermos, 3) a erradicar el estigma asociado esta enfermedad y además, 4) a realizar una planificación conjunta y nacional contra este mal ya que se considera que el Cáncer es un actor que no reconoce fronteras ni divisiones territoriales a la hora de expandirse por el mundo y por el cuerpo.

Esta carta de París representó por una parte la guía esencial para el desarrollo de estrategias encaminadas a detener la proliferación de esta enfermedad en el mundo, y, por otra parte, representa una nueva declaratoria de guerra similar a la que convocó y realizó en el 1969 Richard Nixon. La diferencia de esta carta con la ley que promulgó el entonces Presidente de los Estados Unidos, es que esta carta a parte de reconocer al Cáncer como un enemigo particular que se debe erradicar, agrupó y organizó bajo un solo orden la lucha contra este mal en el mundo, pues entendió que se trata de una enfermedad que no se desarrolla en algunos países como ocurría por ejemplo con la lepra o la tuberculosis, sino que a diferencias de estas enfermedades se el Cáncer se convirtió en un actor que se dispersó en todo el mundo.

Colombia como uno de los países participantes de dicha cumbre mundial contra el Cáncer realizado en el ayuntamiento de París, adquirió cada uno de los compromisos encaminados a la erradicación de esta enfermedad en todo el territorio nacional. Estos compromisos mundiales posibilitaron el establecimiento de un contexto óptimo para la creación de leyes, decretos y tratados internacionales que constituyeron para este nuevo siglo una verdadera cruzada nacional contra el Cáncer en todo el país.

Desde las escalas locales, hasta escalas regionales y nacionales se vieron enteramente transformadas por las nuevas dinámicas establecidas para detener y contrarrestar el cáncer. Nuevos centros o Instituciones Prestadoras de servicios Oncológicos se esparcieron por la mayoría de ciudades sumando a la fecha más de 2358 centros, fundaciones, movimientos sociales impulsando colosales campañas. Este movimiento social y político a favor de los enfermos de cáncer, ha impulsado a diferentes empresas tanto del sector público como del sector privado a promover acciones que contribuyan a alcanzar el ambicioso plan de conquista del Cáncer en Colombia y en el mundo.

Unidos, Gabriel Hortobagyi. Esta carta en síntesis es un compendio de desafíos, retos, estrategias y metas sobre las cuales, los estados en general deben ordenar la lucha contra esta enfermedad

Es claro que la cancerofobia se tomó el mundo entero, cada una de estas disposiciones internacionales en términos normativos y legales, no solo da cuenta de ello sino también y que es lo que nos interesa, de una representación y materialización territorial de esta particular enfermedad en tanto se instauraron medidas supraterritoriales contra él que no llegaron a estimar fronteras y autonomías gubernamentales para disponer de un Estado contra el Cáncer.

Lo normativo en este sentido fue representado en una serie de centros o clínicas de atención, así como en una serie de simbolismos referentes a la lucha contra esta enfermedad en el mundo, como lo es por ejemplo, la representación de todos los tipos de cáncer a través de lazos de colores⁸² relacionados con un mes para efectuar campañas de sensibilización y detección temprana. En este marco se destaca la designación del 4 de febrero como el día mundial de lucha contra el Cáncer.

En este orden de ideas y refiriéndonos al marco normativo colombiano de lucha contra el Cáncer, diremos entonces que no es ajena a la dinámica mundial establecida para tratar y contrarrestar esta enfermedad ya que está caracterizado por una serie de decretos y leyes de índole internacional que se han materializado a nivel nacional enfocadas a dar cumplimiento a lo estipulado en la Carta de París, en especial al objetivo número 5 del milenio. Aquí nuestro interés no es enumerar disposición por disposición, no nos alcanzaría este capítulo para hacerlo, de momento, nos detendremos en aquellos aspectos que se consideran más relevantes y preponderantes en las territorializaciones del Cáncer a nivel espacial, político, social y cultural.

De ahí que en Colombia y siguiendo las indicaciones del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, se ha organizado atención de esta enfermedad en función tres ejes fundamentales como lo son el político, el comunitario y el de servicios de salud. El primero de estos tiene que ver en este caso con la maqueta y arquitectura de normas representativas que garantizan y gestionan la cruzada contra el Cáncer, dicho en otras palabras, lo político representa

⁸² Por ejemplo el lazo verde azulado representa la lucha contra el cáncer cervical y su mes es enero; el lazo verde esmeralda representa el cáncer de hígado y su mes de concientización es octubre; el lazo verde lima representa el linfoma y su mes es septiembre; el lazo azul oscuro representa el cáncer de colon y su mes es marzo; el lazo azul claro representa el cáncer de próstata y el mes es septiembre, además de esto, los hombres se dejan crecer el bigote como simbolismo de lucha contra este tipo de cáncer; el lazo rosa representa el cáncer de mama y su mes es el de octubre; y en general el color del cáncer es simbolizado con el color lavanda (Fundación Oncólogos de Occidente).

la estructura del Estado con relación a la atención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. En este sentido este eje se asienta en las siguientes normas⁸³, a saber:

- **Ley 100 de 1993:** por la cual se crea el sistema de seguridad social integral de salud y se dictan otras disposiciones generales. Ley que tiene como objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para que obtengan calidad de vida acorde a la dignidad humana. Sobre este marco administrativo y jurídico se establecen y disponen las leyes que regulan, gestionan el control de cáncer en Colombia.
- **Ley 1384 de 2010 o más conocida como la ley Sandra Ceballos:** por medio de la cual se han establecido las acciones para la atención integral del cáncer ya que se ha declarado, como un mal de interés nacional y público que debe ser contrarrestado a tiempo. En este sentido, el objeto de la ley es reducir significativamente la mortalidad y la morbilidad por cáncer en adultos en todo el territorio nacional, garantizando la prestación de los servicios en las mejores condiciones posibles⁸⁴.
- **Ley 1388 de 2010:** por la cual se establece el derecho a la vida de los niños con cáncer infantil en Colombia. Tiene como objeto disminuir la tasa de mortalidad de niños y personas menores de 18 años en el territorio nacional, a través del cumplimiento de las garantías en la prestación de los servicios oncológicos.
- **Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021:** Por el cual se orienta y organiza el quehacer y las actividades para el control del cáncer en el país. Ciertamente, este plan constituye la guía máxima para que en las diferentes regiones se materialice adecuadamente el modelo nacional de control de esta enfermedad.

El segundo eje hace referencia a lo comunitario que tiene como fin impulsar la movilización social en cada una de las regiones del territorio nacional agrupando a las diferentes organizaciones civiles, culturales y académicas entre otras a que apoyen a los pacientes afectados con esta enfermedad (Plan Decenal, 2012 pp. 27), contribuyendo así en la constitución de una gran respuesta social frente al Cáncer. Movilización comunitaria que se ha venido proyectando y materializado por medio de las fundaciones, hogares de pasos y movimientos que lideran campañas de concientización y sensibilización contra esta enfermedad. Ejemplo de esto

⁸³ No son las únicas leyes o normas establecidas a nivel nacional, existen un centenar de normas que organizan, gestionan y planifican social, económica, cultural, familiar, política, territorial y arquitectónicamente el control y erradicación del cáncer en Colombia.

⁸⁴ Otro aspecto relevante de esta ley es que es por medio de esta que se establecen los criterios funcionales de las clínicas prestadoras de servicios oncológicos en materia del recurso humanos, del recurso físicos y de la infraestructura de estas clínicas singulares.

son los grupos de voluntariado o damas azules que en todo el país trabajan en pro de mejorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer.

Y finalmente, el eje de los servicios de salud dispone a nivel nacional una serie de estrategias y campañas de prevención y promoción de la salud de la población. Así como una entramado de garantías efectivas de la prestación y de la no fragmentación de los servicios oncológicos, además de eliminar todo tipo de barrera de acceso de la población a los servicios médicos dispuestos en todo el país. En términos generales la respuesta u orden construido en el papel para detener la feroz avanzada del cáncer en el país se caracteriza evidentemente por la integración, articulación y planificación conjunta de los diferentes estamentos de la estructura social del país.

A pesar de esta estructura que tiene en la mira al cáncer, la incidencia y la mortalidad por esta enfermedad continúa en aumento en el país. Tanto así, que el hoy jefe de esta cruzada contra el cáncer en Colombia, Alejandro Gaviria Ministro de Salud y Protección Social de Colombia padece un tipo de cáncer agresivo que lo ha alejado significativamente del “frente de ataque” o al menos lo ha aislado relativamente pues sigue al mando desde las habitaciones o pabellones de una clínica oncológica de Bogotá.

Viendo esto en contexto de lo que hemos hablado hasta el momento en relación con las metáforas de la guerra y a la conquista del Cáncer, representa una paradoja interesante de la pugna entre la sociedad civil y esta enfermedad ya que significa a nuestro parecer, un movimiento estratégico de este actor por continuar su avanzada simbólica y territorial en todo el país. La pregunta que nos queda frente a esta experiencia inesperada del ministro, es si ¿ahora tenemos más o menos miedo a padecer algún tipo de cáncer cuando el ministro de salud se enfrenta a un tipo bastante agresivo?⁸⁵.

Como vemos esta enfermedad en Colombia como en el mundo, se encuentra enteramente estereotipada y normada por reglamentaciones y disposiciones para su control, gestión y manejo. Son claras cada una de las garantías y puentes que permiten o al menos, deben permitir

⁸⁵ En el año 2017 el Ministro de Salud y Protección Social de Colombia se topó de frente ante el hito territorial del Cáncer, en este caso, ante un linfoma, uno de los tipos de cáncer más difíciles de diagnosticar puesto que sus síntomas a menudo son difíciles de identificar. Hoy por hoy el ministro ha logrado controlar la avanzada su enfermedad y ha logrado retornar a su antiguo estado de Ministro y todo lo que ello conlleva dejando a un lado la condición o jurisdicción de enfermo que le impuso el linfoma. Quien esté interesado en conocerla a fondo su historia puede consultar su libro “*Hoy es siempre todavía. La historia de cómo descubrí que el cáncer es como la vida*” editorial Ariel, 2018.

el acceso de toda la población a un servicio especializado como es el oncológico, sin mediar el estrato socioeconómico, la ubicación laboral, la raza, el color de piel y el origen del enfermo este a pesar de sus circunstancias de vida debe ser atendido oportunamente en su ciudad o región.

Es claro también que la incidencia por este azote en Colombia sigue su avanzada, ya que de acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá (2017), en Colombia cada año se reportan 71 000 nuevos casos de cáncer. También es claro que esta incidencia elevada y creciente de cáncer, demandará clínicas y tratamientos nuevos e innovadores que, en último término, generarán otro tipo de configuraciones y producciones territoriales inimaginables⁸⁶, ya que los modelos o protocolos de atención y control de esta enfermedad serán pensados en función de otras dinámicas, dimensiones y escalas globalizadoras estructurantes no solo de la vida cotidiana de los actores, sino también del ordenamiento territorial.

Oncólogos de Occidente: Unidad Socio-Espacial de Análisis (USEA)

De las 8 zonales que abrió el Plan Nacional de Cáncer en su primera fase en 1978 por las principales regiones del territorio nacional, ninguna de ellas fue establecida en la región del eje cafetero o contigua, lo que género por un parte que esta enfermedad en muchos no fuera tratado como tal, sino como otra y además, en los casos que era tratado como un cáncer los enfermos tenían que desplazarse constantemente a las ciudades capitales como Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali para buscar atención oncológica. Aún entonces en la década de los 90, no había la suficiente expansión y distribución de los servicios oncológicos ya que estos estaban supeditados y predeterminados al principal centro de control de cáncer en el país, El Instituto Nacional de Cancerología.

⁸⁶ Ejemplo de ello es el nuevo Centro de Tratamiento e Investigaciones sobre Cáncer (CTIC) del banquero colombiano Luis Carlos Sarmiento. Centro que fue presentado como el más avanzado en su especialidad en Latinoamérica. En su primera fase este centro de atención contará con 128 habitaciones hospitalarias de última tecnología, 30 camas de cuidados intensivos, ocho unidades para radioterapia y ofrecerá entre otros servicios hematología, trasplante de médula ósea y medicina nuclear entre otros. Este complejo que tendrá varias fases de diseño y construcción al final se constituirá en el eje que articule doce clínicas, cada una dedicada a un tipo de cáncer, en las que dispondrá de salas de manejo multidisciplinario y unidades de medicina integrativa, cuidados paliativos, clínica del dolor, fisiatría y apoyo terapéutico. En términos generales se trata de una mega obra que a nuestro parecer nos sugiere pensar en otras maneras o modos en que se desarrollan y materializan procesos de metropolización en los que a aparte de integrar clínicas por tipo de cáncer, busca también conectar las clínicas con centro comerciales, hoteles, universidades, aeropuertos, terminales de transportes con grandes avenidas como es el caso del Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital Universitario San Vicente de Medellín entre otros casos que se están comenzando a presentarse en nuestro país. Esto entre otras cosas habla de una configuración sociopolítica, socioespacial de un nuevo modelo de atención en Colombia y en el mundo.

Esta y otras razones llevaron a dos hematólogos oncólogos del Quindío a concluir que antes de los 90 el cáncer en la región no se trataba, muchas personas murieron diagnosticadas de un dengue, cuando realmente era un tipo de cáncer en la sangre. Y esto sumado a la proliferación del mal por todo el país motivó a los radioterapeutas Arturo López Cardona⁸⁷ y Juan Carlos Arbeláez a constituir en 1992 lo que hoy se conoce como la Unidad Integral de Oncólogos de Occidente S.A. Institución de carácter privada que nace precisamente como lo hizo el antiguo Instituto Nacional de Radium en el Hospital San Juan de Dios de Armenia.

Allí, en un pequeño cuarto alquilado por los dos especialistas establecieron el primer servicio de radioterapia de la región que gracias a la ley 100 de 1993 no solo se instauró bajo los parámetros normativos, sino que fácilmente mutó, evolucionó e hizo “metástasis” como lo suele hacer el Cáncer a otros departamentos contiguos del Quindío como lo son Norte del Valle, Risaralda y Caldas.

Rápidamente Oncólogos del Occidente como Institución Prestadora de Servicios (IPS) oncológicos se posicionó a nivel regional y nacional como un referente esencial para la lucha y erradicación del esta enfermedad, pues es una de las dos Unidades Funcionales⁸⁸ existente en el país que en una sola clínica cuenta con todo los métodos y enfoques terapéuticos, es decir, cuenta con todas las dimensiones y escalas de un verdadero y significativo arsenal terapéutico para combatir al Cáncer. La otra Unidad Funcional corresponde en este caso al Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, empresa social del gobierno de la cual ya hemos hablado anteriormente.

A la fecha, Oncólogos del Occidente cuenta con cinco grandes sedes ambulatorias y de hospitalización localizadas en los departamentos del Norte del Valle, Quindío, Risaralda y Caldas (ver cuadro 1), con más de 600 empleados entre asistenciales y administrativos ofreciendo un portafolio de servicios de tratamientos y consultas especializadas referentes a: quimioterapia, adherencia al tratamiento, radioterapia, braquiterapia, hospitalización

⁸⁷ Q.E.P.D

⁸⁸ De acuerdo a la ley 1384 de 2010, las Unidades Funcionales son clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social a quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. El tratamiento y gestión del cáncer debe evitar en este orden de ideas la fragmentación de servicios, lo que significa entonces, que un enfermo al ingresar a Oncólogos de Occidente debe encontrar allí todos los servicios requeridos para su atención.

oncológica, cirugía oncológica, cuidados paliativos y clínica del dolor, investigación clínica, psicooncología, unidad de cuidados críticos, unidad de laboratorios, central regional de mezclas, unidad de imágenes diagnósticas entre otros servicios de importancia para la atención, tratamiento y rehabilitación de los enfermos.

Ciudad	Sede - Tipo de servicio	Delimitaciones territoriales
Manizales, Caldas	<u>San Marcel:</u> Ambulatorio – administrativo	Edificio de dos plantas, planta 1: servicios de consulta, radioterapia, quimioterapia y central de mezclas regional. Planta 2: oficinas administrativas. En proyecto se encuentra la construcción de la nueva clínica en el lote contiguo a esta sede.
	<u>Hospital infantil Universitario Rafael Henao Toro:</u> Unidad de Hospitalización	Pabellones: - menos 1: Hospitalización para adultos, 15 camas unipersonales. No luz natural, no hay ventanas y tiene cierta humedad. - piso 3: Hospitalización pediátrica, 10 camas unipersonales. Con ventanas, luz natural y decorado armonioso para los niños y niñas ingresados. Las decoraciones corresponden normalmente a súper héroes.
Pereira, Risaralda	<u>Oncólogos de la Circunvalar:</u> Ambulatorio – administrativo	Edificio de cinco plantas, planta 1: consulta especializada y radioterapia. De la planta 2 a las 5 oficinas de contabilidad, recursos humano y gerencia.
	<u>Clínica de Alta Tecnología Maraya:</u> Unidad funcional	Edificio de 7 plantas, planta menos 1: servicios de radioterapia, radioimágenes diagnósticas, unidad de laboratorios y braquiterapia. Planta 2: consulta especializada y morgue. Planta 3,4 y 5: pabellón de

		hospitalización 12 camas dúplex con ventana de frente y de espaldas. Planta 6: unidad de cuidados intensivos y planta 7: quirófanos.
Armenia, Quindío	<u>Sede Centenario:</u> Ambulatorio – administrativo	Edificio de 2 plantas, planta 1: consulta, radioterapia y quimioterapia. Planta 2: oficinas administrativas. En proyecto se encuentra la construcción de la nueva clínica en un lote contiguo.
	<u>Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios.</u> Unidad de Hospitalización adultos	Pabellón -piso 4: 15 camas, unipersonales y dúplex, ventana de frente y externa.
Cartago Valle del Cauca	<u>Sede Cartago:</u> Ambulatorio – administrativo	Edificio de una sola planta distribuida en servicio de consulta y quimioterapia. Los pacientes de radioterapia de esta sede deben viajar a Pereira o a Armenia dependiendo del tipo de radiación propuesta por el médico.

Tabla 1 Distribución y organización de la IPS Oncólogos de Occidente. Milton V, 2016

En términos generales se trata de una Unidad Oncología avanzada en la región de gran impacto social, cultural y simbólico que desde su materialización de su estructura organizativa y orgánica soportada en el lema “*ciencia y tecnología con humanidad*”, no solo ha contribuido al desarrollo regional por las inversiones realizadas desde países europeos como Suiza, sino que también ha ido cambiando la percepción y lectura de que esta enfermedad es un azote incurable a ser como lo han llegado a definir los enfermos y equipo psicosocial de la fundación oncólogos de occidente, un estilo de vida o forma en que se organiza la estructura social y cotidiana de cada uno de los enfermos.

Bajo el lema de *ciencia y tecnología con humanidad*, se estableció el modelo y protocolo de atención integral en cáncer que va desde el hito territorial (diagnóstico), hasta la rehabilitación o retorno del enfermo a su antigua condición o en su defecto, si no fue posible controlar la

proliferación de células cancerosas, hasta el acompañamiento en la etapa final de vida del enfermo. En términos generales, ciencia con humanidad es, en este caso, la estructura política a través de la cual se construyen, en función de cada uno de los casos intervenidos, las prácticas y discursos de medicalización que bordearán y estructurarán temporal o definitivamente la vida de cada uno de los enfermos tanto al interior de la clínica como al exterior de esta.

El número de atendidos por esta institución varía semestralmente, por ejemplo entre enero y julio de 2016 reporto la atención de 5461 casos nuevos de distintos tipos de patologías de esta enfermedad y estadios, llamando la atención la migración de enfermos de diferentes regiones y ciudades del país, incluso de otros países de centro américa quienes han elegido a Oncólogos para realizarse los tratamientos correspondientes. Al año se proyecta que Oncólogos del Occidente está atendiendo entre 9 mil y 10 mil casos provenientes de todo el país tanto del sector urbano como del sector rural⁸⁹.

Es sin lugar a duda una de las clínicas de referencia nacional e internacional que ha aportado científica y humanamente en la lucha y estudio del cáncer, detallando a través de sus investigaciones nuevas e innovadoras estrategias para estudiar, tratar y controlar la proliferación del cáncer en la región y en el país. Es entonces, una representación o puerta de ingreso a un mundo curvado y estereotipado por una serie de prácticas y discursos de medicalización que no solo son una esperanza para los enfermos condenados a muerte, sino que también son una manera o forma en que el cáncer delimita y construye técnica y simbólicamente el territorio, ya que la clínica no es solo la sede que se muestra o de la cual se habla acá, sino que la clínica es de momento, la puerta de ingreso a una estructura multisituada y multiescalonada en diferentes escalas de representación en la vida cotidiana de los enfermos.

A parte de toda la estructura y modelo corporativo de la clínica, lo que nos sugiere este tipo de materializaciones y delimitaciones es que en la actualidad nos enfrentamos a una proliferación en masa de este tipo de unidades o clínicas en las distintas regiones del país, lo que ha impulsado paulatinamente una transformación en términos de la manera como se concibe y se estructuran los sistemas médicos a nivel veredal, barrial, municipal, regional y nacional.

⁸⁹ Quien esté interesado en ampliar la información respecto a Oncólogos de Occidente y en especial sobre el número de atendidos, lo puede hacer ingresando al siguiente enlace: <https://www.oncologosdeloccidente.com/>

A su vez nos vemos enfrentados a distintas transformaciones territoriales, en la medida que al tratarse de clínicas modernas su territorialización en los bordes de las ciudades genera procesos de gentrificación ya que motivan otro tipo de desarrollos asociados al urbanismo en masa o en su defecto, como en el caso de la sede ambulatorio de armenia, son clínicas que se encuentra situadas en sectores lujosos, en los que los costes de vida e interacción social son más costosos y complejos de materializar por los enfermos, ya que en su mayoría se trata de una población proveniente de sectores populares de la ciudad o de sectores marginalizados del campo rural que no comprenden las nuevas lógicas establecidos en algunos sectores de la ciudad.

Fue precisamente en esta Unidad o clínica oncológica en que esta investigación tuvo lugar, bajo el seguimiento y autorización de la gerencia y de la coordinación de investigación de la clínica se hicieron entrevistas a 10 enfermos, a 10 especialistas, asimismo se realizaron etnografías y toma de fotografías de cada una de las instalaciones y particularidades de las sedes de Armenia, Pereira y Manizales en las cuales se concentró el desarrollo de la presente investigación ya que son las sedes en las que se reporta mayor número de población atendida y a las cuales asistían los enfermos participes del trabajo de campo⁹⁰.

⁹⁰ No sobre recordar que en toda la investigación se aplicó con rigor científico y ético los consentimientos informados de entrevistas y fotografías a cada uno de los actores implicados.

1.3 Cáncer. El actor no –humano

Ninguna ciencia de lo social puede iniciarse siquiera si no explora primero la cuestión de quién y qué participa en la acción, con que signifique permitir que se incorporen elementos que, a falta de mejor término, podríamos llamar no – humanos. (Bruno Latour, 2008, p. 10).



Pintura 3 . La Mona Lisa pintada por el Cáncer. Fundación Ant. Italia, 2013

Hasta el momento hemos realizado un recorrido inusual respecto al Cáncer en el que hemos intentado mostrar ciertas delimitaciones, representaciones y nombramientos que sugieren pensar y estudiar esta enfermedad en base a otras dimensiones y categorías. Nos referimos en este caso a representaciones como la del enemigo, la del expansionista, la del cangrejo, la del bárbaro y la del asesino suicida⁹¹ que invade, conquista y se expande demencialmente por el mundo de la vida de los actores tocados por este mal.

⁹¹ Christopher Hitchens al recibir el diagnóstico de su cáncer de esófago, lo describe bajo una serie de elementos bastante llamativos en los que le concede a su enfermedad ciertas cualidades de un ser vivo, definiéndolo como un lento asesino suicida, carente de emociones que tiene como única misión morir con su anfitrión. (Hitchens, 2012). A su vez, Pau Donés (2016) vocalista de la agrupación Jarabe de Palo, caracterizó y describió su cáncer como un rapero y le dio el nombre a su cáncer de Braf (que se pronuncia Birraf) para referirse más a menudo a él. Como vemos son caracterizaciones o representaciones sobre esta enfermedad van más allá de la malformación de las células y la formación de un tumor maligno en alguno de los órganos del cuerpo ya que a través de estas descripciones se le está dotando de personalidad a esta enfermedad.

Estas representaciones o expresiones que sobre el Cáncer se han producido a lo largo de su historia posibilitan pensar o centrarnos en dos asuntos de interés: el primero, referente al tránsito de este mal a ser una enfermedad inconmensurable en algunos casos en lo social⁹², a ser un enemigo u actor dotado de personalidad territorialista que se hace tangible en el mundo de lo social más allá de las consecuencias físicas que puede ocasionar en el cuerpo y lo segundo, que a partir de la conmensurabilidad en el mundo de lo social, las explicaciones e interpretaciones que se han construido al respecto no han provenido necesariamente de los científicos médicos, sino también de los científicos sociales que desde una perspectiva simbólica han ofrecido otras interpretaciones culturales, sociales y políticas que vinculan a esta enfermedad con una clase de persona o cosa que interviene notoriamente en las dinámicas del espacio y de la sociedad.

Para profundizar en estos aspectos en los que el Cáncer ya no se asume solo desde una visión salud/enfermedad, es menester retomar ciertas reflexiones representativas que sobre estos asuntos ha propuesto Bruno Latour (2008) en su teoría del actor-red, en las cuales sugiere a raíz de las transformaciones que ha experimentado esta enfermedad tanto en su forma como en su retórica, pensarlo y asumirlo como un actor no humano que como otros⁹³ ya caracterizados por él, se presenta bajo un nuevo nombramiento para la teoría social en tanto no solo participa e interactúa en la producción de nuevas relaciones sociales con los humanos, sino que también, tienen la capacidad de generar otras formas de vinculación que como hemos visto hasta ahora en el caso específico del Cáncer⁹⁴, no solo produce otras relaciones, sino que también pueden llegar a modificar el estado u estructura actual de las cosas que conforman lo social y lo espacial⁹⁵.

⁹² En este sentido, la inconmensurabilidad del cáncer la asumimos en función de aquellos casos en los cuales esta enfermedad solo alcanzó a ser diagnosticado hasta el fallecimiento del enfermo, por lo tanto, su participación solo fue tangible por el hecho de haber generado el fallecimiento de su huésped, mas no por un proceso de imposición de hechos antes de la muerte. Ciertamente, se percataron que era cáncer cuando el enfermo falleció, antes de esto, no se mostró ni se sintió en lo social ni en lo espacial.

⁹³ Se hace referencia en este caso a microbios, bacterias, vieiras, rocas y barcos solo por mencionar algunos. (Bruno Latour, 2008, p 25).

⁹⁴ En el caso del cáncer hacemos alusión al impacto en términos políticos y económicos que tuvo en 1969 la proclamación por parte de Richard Nixon de esta enfermedad como un enemigo caracterizado por una capacidad de conquista de la sociedad y del espacio sobre el cual transcurre la vida de los actores sociales. Proclamación que representó, por una parte, una concepción distinta del cáncer y por otra parte, un enfoque y construcción de una serie de estrategias nacionales e internacionales contra esta enfermedad. Ciertamente, el Cáncer acaparó a partir de esta deconstrucción discursiva la atención mundial, lo cual implicó para algunas naciones como la nuestra, la elaboración de un marco normativo que contribuyera en la batalla que se venía librando desde la década de los 50 hasta la fecha contra este mal.

⁹⁵ Bruno Latour, en su libro *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*, propone una discusión sobre la necesidad de definir lo social a la luz de los nuevos participantes que hoy intervienen en lo social, como por ejemplo los microbios, las bacterias, la madera, la minería y en nuestro caso el cáncer, ya que la definición tradicional que se ha dado de lo "social" desde las ciencias sociales no los abarca. Desde este punto de vista, esto significa que las acciones de los actores no humanos han permanecido "ocultas" y no se han tenido en cuenta a la hora de explicar e interpretar la complejidad de los vínculos y relaciones que constituyen lo "social". En este sentido, y como lo ha manifestado Latour (2008) surge la necesidad de redefinir o reensamblar lo "social" a la luz de estos nuevos participantes que, de alguna u

Bajo esta perspectiva, se entiende entonces que el Cáncer producto de su vinculación e influencia en las dinámicas sociales trascienden de ser un objeto intangible (como la locura, la peste negra, la tuberculosis, la lepra, el sida y ahora el cáncer) a ser un objeto o actor que no solo se hace tangible o visible producto de sus prácticas, sino que a su vez, se establece como un eje preponderante y estructurante en la producción de las relaciones y objetivaciones que en último término determinan la forma, el trayecto y el sentido en que se organiza y gestiona la vida cotidiana de los actores. Esta “nueva” estructuración o jurisdicción establecida o dispuesta por esta enfermedad, se encuentra objetivada y delimitada por las prácticas y discursos de medicalización que proyectan una nueva imagen e interfaz entre tanto se materializan una serie de prohibiciones, recomendaciones y construcciones enfocadas hacia el nuevo actor, en este caso el Cáncer.

Un virus por ejemplo mientras no se propague a niveles significativos o a escalas representativas, no llega a alcanzar un nivel de visibilidad e incidencia en las dinámicas políticas, sanitarias y ambientales de un país o continente⁹⁶, pero no quiere decir que el virus no exista, si existe solo que participa a escalas inferiores o sobre los recovecos de la estructura del mundo.

O en el caso aquí estudiado, el Cáncer se comienza a hacer tangible y commensurable a partir del hito territorial representado en la expresión “*usted tiene cáncer*”, pero antes de esto no quiere decir que esta enfermedad no fuera partícipe de lo social y espacial, lo es pero en otras escalas y construcciones territoriales de las cuales el enfermo no es o no era partícipe y ahora con el hito materializado, no solo alcanza visibilidad en la vida de quien lo experimenta, sino que a su

otra forma, tienen la capacidad de influencia e inclusive de dominio de las acciones que producen lo social. Para este fin, el autor propone un subcampo de la teoría social que tiene que ver con la “*Teoría del Actor-Red*” (TAR). Teoría que va más allá de lo social pensado en función a lo humano y se centra, en las asociaciones que se dan entre los humanos y los no humanos a la hora de producir una acción o un agenciamiento. En este orden de ideas, en este texto no se realizará una ampliación a la discusión sobre lo social, se tomarán algunos elementos de la teoría del actor-red para explicar la condición no humana de esta enfermedad y a su vez, para comprender cómo este actor por medio de sus acciones participa en la producción y configuración de otra imagen de lo social y de esta manera, ir estableciendo los cimientos para más adelante (capítulo 2) entender la incidencia de este actor en la delimitación y objetivación de los territorios de la vida cotidiana.

⁹⁶ Un ejemplo de esto puede llegar a ser el virus del Síndrome Respiratorio Agudo y Grave (SARS), que al instalarse en un aeropuerto internacional se propagó fácilmente por todo el mundo, lo que obligó a las naciones afectadas y a la Organización Mundial de la Salud a establecer una serie de procedimientos territoriales como el cierre de fronteras, el cierre de aeropuertos, el aislamiento de las personas afectadas por el virus en laboratorios especiales para este fin entre otros asuntos de carácter médico. En términos generales, esto lo que nos permite contemplar es la forma como un Estado o varios Estados se ven enteramente afectados por un virus imperceptible por los humanos, como sociedades enteras se ven ante la necesidad de volcar sus fuerzas militares, políticas y económicas ante un virus que no tiene cuerpo ni corazón, pero que ha incidido en las dinámicas sociales y territoriales ya que establece un nuevo orden que, en este caso, es conocido como un Estado de emergencia.

vez, impone una serie de transformaciones que van desde el uso y manejo del tiempo, hasta el cuidado del cuerpo y exposición de este en los territorios de lo cotidiano.

Es así que el que esta enfermedad para la Teoría Actor-Red (de ahora en adelante la TAR)⁹⁷ representa y es reconocido como un auténtico actor u organismo no humano que puebla y conquista el entramado del mundo (Latour, 2008) en la medida que objetiva, delimita, agencia y transforma el estado y las dinámicas en que las cosas u objetos se presentan en las interacciones que conforman la sociedad y el territorio, ya que dispone de otros medios, fuerzas, y caminos en que dichas acciones se dan o se materializan en lo social y en específico en lo territorial como lo hemos mencionado con antelación. Dicho en otras palabras, *“la acción social no solo es controlada por extraños, también es desplazada y delegada a distintos tipos de actores que son capaces de transportar la acción a través de otros modos de acción, otros tipos de fuerzas completamente distintos”* (Bruno Latour, 2008, p. 105) a los ya establecidos cultural y socialmente.

Esto no quiere decir que el Cáncer tome el lugar de los humanos en la producción de las acciones o que llegue a reemplazarlos, lo que significa es que al situarse en el centro de las dinámicas sociales como un organismo “vivo” posibilitador y catalizador de las acciones, interfiere significativamente en la estructura social como cualquier otro actor humano en la producción y elaboración de las relaciones, vínculos, trayectorias y significados sociales, e incluso por su capacidad de cohesión puede llegar a cambiar las dinámicas en que las acciones se constituyen ya que le asigna un nuevo contenido, papel e imagen a los actores u objetos que actúan o conforman dichas trayectorias o relaciones.

El Cáncer, en este orden de ideas, es tanto producto como productor de lo social, mas no es solamente un producto discursivo elaborado por una comunidad médica, evidentemente la frontera de lo médico ha sido traspasada y esta enfermedad, ya no solo puede ser entendida desde su relación causal (salud/enfermedad), sino que a su vez y en especial en este tipo de estudios en el cual lo territorial es clave, debe ser asumido como un proceso estructural de carácter esencialmente material y simbólico que determina y disloca las relaciones sociales y

⁹⁷ De acuerdo con Bruno Latour la Teoría del Actor Red (TAR) se define como un subcampo de la teoría social y su objeto de estudio está enfocado en los actores no humanos que producen otras significaciones u objetivaciones del mundo social (Latour, 2008, 24) e incluso diría yo, espacial. Desde la TAR, estos actores se interpretan bajo sus posturas, reglas y lenguajes construidos para así lograr comprender la trascendencia en la elaboración de lo social, ciertamente, se debe dejar ser a los actores mismos (Latour, 2008, p. 52), puesto que de no dejarlos ser, nuevamente serán desplazados y ocultados bajo la sombra de las prácticas humanas como ha ocurrido hasta el momento.

espaciales, ya que hace y obliga a que los otros hagan cosas (Latour, 2008, p. 124), es decir, induce y/o motiva a que los otros actores que participan de lo social “actúen” bajo otras condiciones, circunstancias y trayectorias.

Adicionalmente, debe ser asumido como un proceso estructural entre tanto asume el control absoluto tanto de dichas acciones, como de los actos de los demás actores sean humanos o no, en la medida que impone otras fuerzas que se ajustan a un patrón social y cultural definido y construido por este actor no humano, patrón que en este caso pone en pugna la construcción identitaria de quien ahora ya no es quien era antes del cáncer, sino que es otro en otros espacios a pesar de ser físicamente los mismo. Dicho en otras palabras, *“el cáncer lo despoja de la identidad, lo viste con la bata de enfermo (un uniforme de tragicómica crueldad, no menos pestilente que el mono de los presos) y asumen el control absoluto de sus actos”* (Mukherjee, 2011, p 23) y de la vida en general subsumiendo en este caso, el ser e identidad de quien ahora es su dominio, o de quien ahora ha sido territorializado por este actor.

Por ejemplo, pensemos en lo siguiente: primero en aquellas personas que han sido conquistadas por este actor que, después de un tiempo, se percatan de que ya no se pueden asociar con amigos, compañeros de trabajo, familiares o visitar ciertos territorios de la misma manera como lo hacían antes, ya que para ello, deben seguir un nuevo orden o patrón cultural que requiere y demanda por el cumplimiento de una serie de pautas y recomendaciones.

Y segundo, en aquellos objetos como la ventana que, a partir de la territorialización del Cáncer, ya no es solo un objeto de decoración o como se suele hacer referencia a ellas, los ojos de las edificaciones, sino un espacio y actor intermedio que asume un papel influyente en el mundo de esta enfermedad, en tanto que permite al enfermo, que está hospitalizado en la clínica, permanecer de frente y conectado al mundo real, así como subordinar y manejar el tiempo que en la clínica se hace más largo y extenso de lo normal. Esto quiere decir entre otras cosas, que la ventana ya no solo se encuentra mediada por su función o uso asignado como ventana, sino también, por su significación simbólica que este organismo no humano le ha asignado bajo este nuevo orden que se ha dispuesto para quienes están hospitalizados o aislados.

Lo anterior nos permite pensar que esto mismo ocurre con el territorio, ya que la relación que existe entre este actor y el espacio muta a otras condiciones, escalas y características en las que el territorio no es un contenedor de factores que inciden en la proliferación de este tipo de

actores, sino que los emplazamientos y el actor se entrelazan en una simbiosis indisoluble en la que ambos se producen, se acotan y se construyen constantemente. Y es justamente a raíz de esta simbiosis espacial y temporal, que las delimitaciones territoriales sufren una serie de modificaciones que han sido yuxtapuestas y emplazadas sobre los actores dando cuenta esto, de otras proyecciones y continuidades territoriales⁹⁸(ilustraciones 2 y 3).

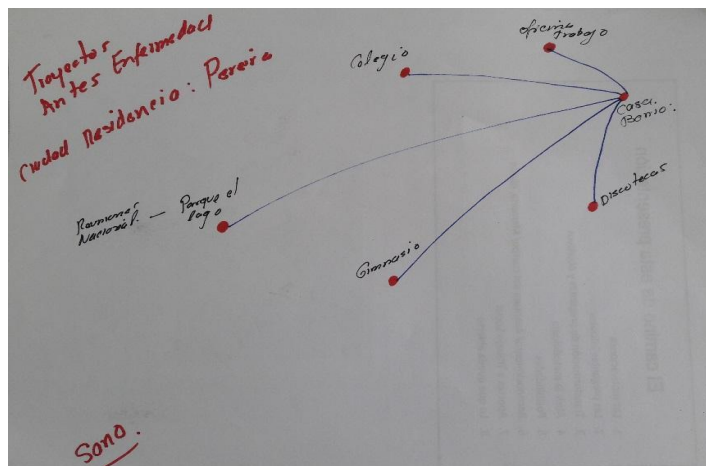


Ilustración 2 Antes del Cáncer. Elaboración Milton V., 2016

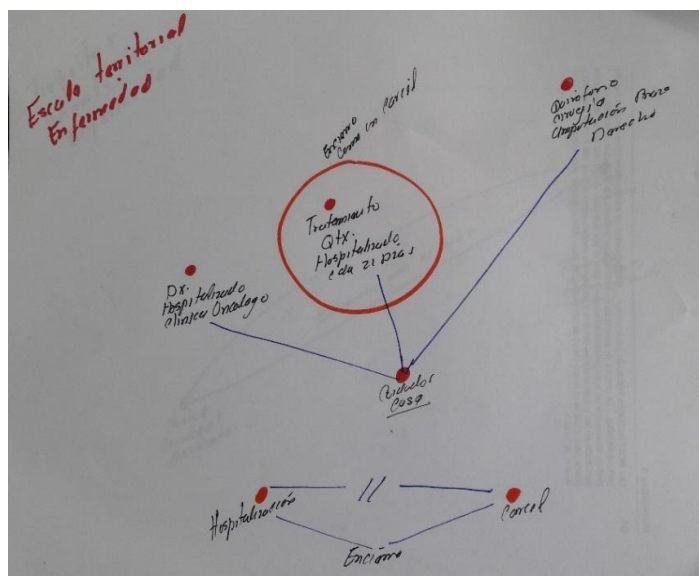


Ilustración 3 Durante el Cáncer. Elaboración Milton V., 2016

⁹⁸No solo se reconoce el papel que puede llegar a asumir el cáncer en la configuración de lo territorial, sino que, a su vez, desde el posicionamiento propuesto por la TAR, se está llamando la atención sobre la construcción de los espacios en la cual no solo median fuerzas homogéneas, sino también fuerzas heterogéneas no necesariamente humanas como lo veremos en el siguiente capítulo con respecto al cáncer.

La ilustración 2 da cuenta de aquellos trayectos y espacios construidos antes de la participación e incidencia del Cáncer en la vida cotidiana del actor, como se ve en la ilustración es el actor quien proyecta las acciones y significados que en último término no sólo estructuran una dinámica cotidiana (una rutina), sino que a la vez posibilitan al actor construir y objetivar en relación de su ser y hacer en la sociedad (autonomía y libertad espacial), los territorios significativos como lo son en este caso la discoteca, el barrio, el parque el lago, el colegio y el gimnasio.

Al contrario de la ilustración 2, la ilustración 3 a pesar de tratarse del mismo actor ofrece una construcción o continuidad territorial enteramente distinta en la que ya se hace evidente y preponderante la incidencia y participación de este actor no humano en la producción, organización y objetivación de las dinámicas de la vida del actor ahora territorializado por el Cáncer. No solo hay el establecimiento de nuevos emplazamientos asociados directamente al cáncer, sino que a su vez, hay una reconfiguración simbólica y jerárquica de los lugares significativos del actor humano en la medida en que por ejemplo, ya la casa o el Parque El Lago (que en esta imagen ya ni aparece) no son los ejes sobre los cuales se construye, se piensa y se dibuja la rutina del actor, sino que en este caso, esta depende de actores, prácticas, discursos y espacios externos como lo son los médicos, los tratamientos, la clínica y la continuidad que se despliega a razón del hito territorial del Cáncer.

Bajo esta postura el Cáncer dejó de ser un agregado social del mundo (Latour, 2008), dejó de ser una multiplicidad de células malignas intangibles en lo social que constituyen una serie amplia y difusa de distintos tumores o neoplasias de las cuales solo nos percatamos cuando se está enfermo y cuando se visita al oncólogo, a ser ahora un transeúnte o habitante tangible más del mundo de los humanos con un gran dominio, poder e intervención sobre los humanos, sobre las acciones y agenciamientos que estos crean con los demás humanos, como con otros actores u objetos y en especial con el espacio vivido.

No se trata entonces de incorporar forzosamente al Cáncer como un objeto adicional que constituye como un agregado “añadido” el circuito de relaciones que dan forma y contenido a lo social y a lo territorial, de lo que se trata, es de ver y asumir esta enfermedad de acuerdo con Bruno Latour (2008) como un actante que producto de su conmensurabilidad social, espacial y simbólica, participa y actúa tanto en la construcción como en la organización del mundo social

en la medida que incide multiescalarmente en las relaciones y conexiones que se construyen entre los humanos y de estos con los demás objetos.

De esta manera, lo que se ha expuesto en este apartado, ha registrado una serie de aspectos que nos llevan a reflexionar, que los actores no humanos han asumido un papel preponderante en la configuración tanto de lo social como de lo territorial como es caso aquí citado. Preguntémonos, ¿qué representan estos actores para la configuración y producción del territorio? O ¿será necesario no solo reensamblar lo social como lo propone Bruno Latour, si no también lo territorial? O ¿el territorio es una categoría que solo puede ser leída bajo la medida de los humanos?

Es claro entonces que el Cáncer es, además de una enfermedad y de una cuestión de salud pública, un dispositivo y una metáfora *territorial*: el Cáncer avanza por el cuerpo y por la ciudad, viaja o migra según rutas o *trayectos* predecibles, causa desorden en ese organismo sano que es el cuerpo o la ciudad, entonces hay un corte plano de la ciudad (renovación urbana) y se tiene la impresión de que se está ante el corte de un tumor fibroso (Sontag, 2013 p. 88), ante el corte o eliminación de un barrio o lugar pobre en el que se cree se engendran estos actores no humanos. En términos generales, el Cáncer como la tuberculosis son un actor constitutivo y estructurante tanto de la geografía del cuerpo como de la geografía de la vida cotidiana y espacial (Sontag, 2013).

La villa miseria es un Cáncer que se extiende insidiosamente, y a la instalación de gente de otro color o de gente pobre en barrios de clase media se le llama “invasión”, una metáfora del Cáncer y del lenguaje militar; la terminología coinciden (Sontag, 2013, p 90)

Creo que no hay mejor cierre a este capítulo y apertura del siguiente que esta reflexión que nos aporta Susan Sontag⁹⁹, que a pesar de no ser territorialista vivió su leucemia aguda (cáncer en la sangre) como si lo fuera. Ella nos sugiere que el Cáncer como actor social no humano, es en esencia un actor eminentemente territorial, que apropia, conquista, delimita, ordena, invade y que se asienta. Es en esencia, a partir de su conmensurabilidad el eje transversal y preponderante en la delimitación de los trayectos, de las frecuencias, del habitar y del vivir espacialmente el mundo de la vida, configurando así, una nueva relación entre la sociedad y el espacio.

⁹⁹ Fue escritora, novelista, filósofa y ensayista, así como profesora, directora de cine y guionista estadounidense. Su padre biológico dedicado al negocio de comercio de pieles chinas murió de tuberculosis y ella falleció a los 71 años de una complicación de su leucemia aguda. En cada uno de los casos conoció dos modos o formas en que se vive espacialmente el mundo de la vida, la tuberculosis y el cáncer.

En el siguiente capítulo intentaremos describir e interpretar las implicaciones y transformaciones territoriales acaecidas a partir de la materialización del mundo o estructura del cáncer en el mundo y estructura de los actores humanos. Hablando metafóricamente, hasta ahora hemos sacado el cáncer del cuerpo físico, y lo hemos situado en un cuerpo/simbólico construido y disputado por actores del allí y del aquí.

Capítulo 2

LOS TERRITORIOS PRODUCIDOS POR EL CÁNCER

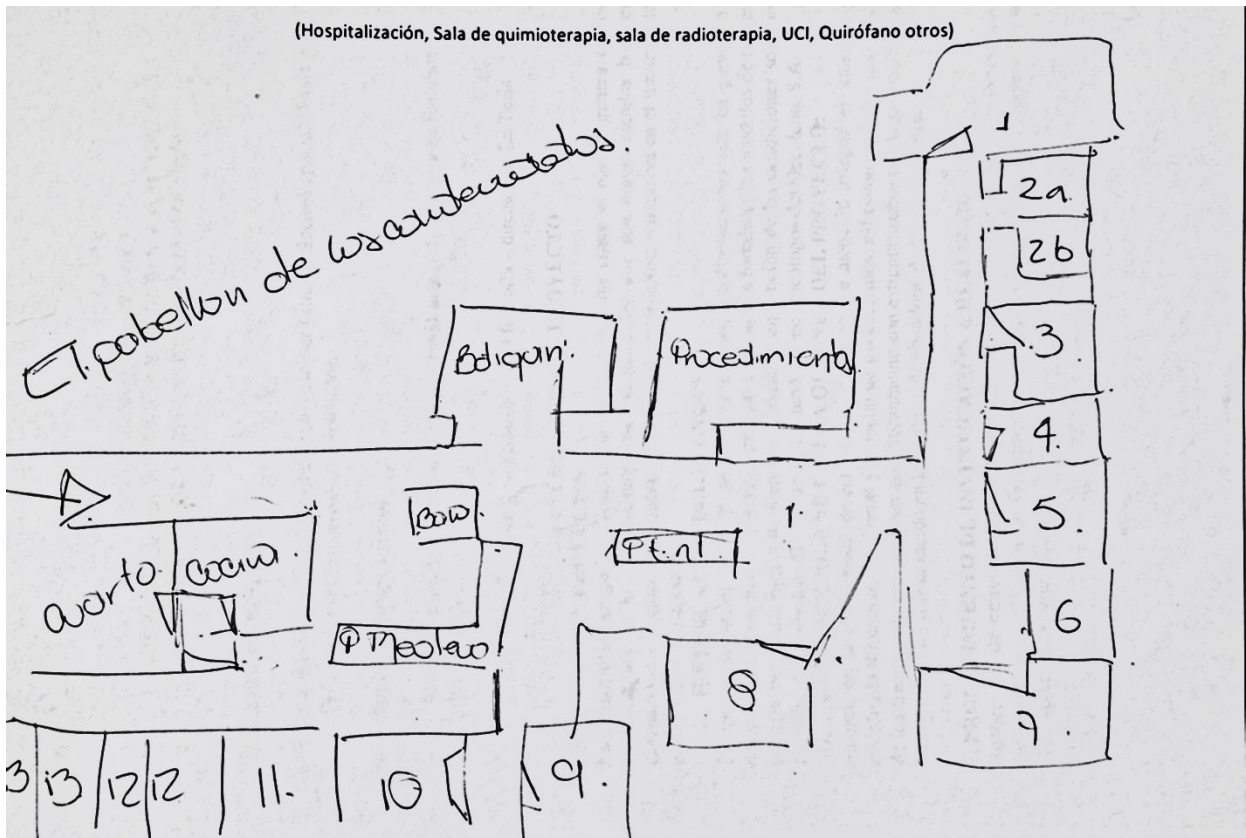


Ilustración 4 El mundo interior del Cáncer. Pabellón de los condenados. Emilia, 2016

Podemos decir que son viajeros que viajan por tierras irreconocibles (...) tierras de las que si no fuera por ellos no tendríamos idea ni concepción alguna. (Sacks, 2002, p. 11).

En el capítulo anterior se ha dado cuenta del Cáncer más allá de una cuestión médica u objeto y lo hemos intentado interpretar a partir de las metáforas que lo rodean, como un actor social no humano fundamental en lo que hacen los actores, incluso, esencial en la producción y configuración de los espacios en los cuales viven, transitan o frecuentan diariamente. Por lo tanto, en esta investigación se le ha asignado el mismo valor e importancia en la objetivación del espacio tanto a los humanos como al Cáncer ya que este último se ha asumido como un no humano que interfiere en las acciones que producen y moldean los espacios, ciertamente, les da otro sentido, significado, orden y representación en la vida cotidiana.

Esto significa entonces, que este mal no es ya un elemento u objeto constitutivo del espacio y del mundo, no es ni una enfermedad ni un problema de salud pública (lo es, pero no se asume literal en este estudio), es un actor que actúa en el espacio y en la sociedad junto a los humanos posibilitando otras relaciones y modos en que las cosas se dan y se organizan.

Hablar de Cáncer es entonces referirse a un actor geo-histórico que da cuenta de otra imagen y de otra manera como el mundo, la vida cotidiana y los espacios habitados por los demás sujetos sean humanos o no humanos (como la cama, el televisor, la puerta y la ventana) se nos presentan y se nos proyectan en lo cotidiano. La representación de esta enfermedad sea por medio de las metáforas, de las políticas y de los grandes espacios arquitectónicos que se establecen en la ciudad no solo dan cuenta de otras dinámicas que se inscriben en el territorio, sino también de otras maneras singulares de habitarlos y de producirlos.

Visto de esta manera, es como enfrentarse a un nuevo espacio, pero en este caso mediado tanto por actores humanos como por actores no humanos que, a pesar de ser el mismo espacio físico, las prácticas y los discursos proyectados por ambos actores evidencian la configuración de otras territorialidades y continuidades antes no vistas ni imaginadas por los enfermos y por los demás actores.

En este sentido, este capítulo tiene como objetivo precisamente *describir e interpretar los territorios normados y estereotipados que construye y produce el Cáncer sobre el espacio que es habitado por el sujeto proyectando otra imagen y otra representación desde mismo*. Para lograr este fin, nos centraremos en exponer dos hipótesis claves y posibilitadoras a la hora de pensar o imaginar la relación Cáncer y espacio bajos los términos y condiciones que sean especificados con anterioridad en el capítulo 1.

Primero, que el Cáncer construye y proyecta no solo otros emplazamientos o jurisdicciones, sino que a su vez configura los territorios existentes como la casa, la habitación, el barrio, la oficina de trabajo y la ciudad en general ya que por una parte establece nuevos significados asociados al Cáncer y a las prácticas de medicalización y por otra parte, modifica las trayectorias en tanto comienza a conectar otros espacios con otros de los cuales como indica Oliver Sacks (2002) en sus trabajos con enfermos con problemas neurológicos, antes no se tenía concepción ni idea alguna que existían, como por ejemplo la clínica especializada en cáncer y en especial cada uno de sus lugares representativos como lo son el búnker de radioterapia, la sala de quimioterapia, el pabellón de hospitalización, la unidad de cuidados intensivos y el albergue entre otros.

Tanto en lo uno como en lo otro, lo que nos interesa destacar primordialmente es la “renovación” simbólica y física principalmente que en ocasiones experimenta cada uno de los espacios apropiados de los actores humanos que se ven afectados por el Cáncer, entretanto estos son objetivados a partir de un cimiento arquitectónico representado en un orden asentado en las prácticas y discursos de medicalización. Con renovación en este caso no referimos, al cambio o transformación de los significados, de los sentidos de lugar y del alma de los territorios, como al cambio físico de los espacios en tanto estos no se ajustan a las nuevas dinámicas de los actores humanos como de los actores no humanos que los habitan y los frecuentan.

Es otra territorialidad la que se configura, una territorialidad distinta a la que se habitaba y vivía antes del Cáncer y en la cual las trayectorias de un lugar a otro se caracterizan esencialmente por ser una clase de circuito cerrado y aislado, en el que los sujetos van de un punto a otro sin “salirse del camino”, es decir, van de la casa a la clínica y de la clínica a la casa. Tránsitos caracterizados por una serie de restricciones y recomendaciones que no les permiten a los enfermos ir más allá de los bordes o fronteras sugeridas para el desplazamiento. Son en este caso, trayectorias administradas fielmente acorde a los modelos y protocolos de atención que no dan posibilidad a los enfermos vivir autónoma y libremente el gran espacio que se le muestra a partir del momento que abandonan su cama y se inserta en el mundo externo que está fuera de esta y de la casa.

Y lo segundo, en este caso tiene que ver con la imposición a través de las prácticas y discursos de medicalización de estrategias particulares y singulares de vivir y habitar él y los espacios,

estrategias de territorialización que como hemos mencionado tenuemente en el capítulo anterior se refieren a las maneras en que se asocia el enfermo con los demás actores, a la forma como visita ciertos lugares de la ciudad o de la casa, a las maneras de vestir y de exponerse en público, a las maneras de caminar y de usar los medios de transporte entre otras referidos a los cuidados y manejo del cuerpo solo por mencionar algunos. En suma, son prácticas que varían de acuerdo al tipo de cáncer pero que en el fondo lo que buscan, es moldear y ajustar a los actores a un tratamiento rígido que representa al final de cuentas la estructura e imagen del mundo en el que se habita ahora posterior del hito territorial del cáncer.

En términos generales, este capítulo es una puerta que se abre y revela otras analogías en las que el espacio se nos muestra, en las que el territorio se produce y se objetiva social y culturalmente (Nates, 2011). Y a la vez, es puente que conecta dos multiplicidades o jurisdicciones territoriales, los míos cuando estoy sano y los míos cuando estoy enfermo, que en este caso es delimitado y demarcado por el Cáncer. Recordemos el puente de los suspiros¹⁰⁰ o la puerta de la iglesia a la cual hace alusión Mircea Eliade (1981) para hacer referencia al encuentro de dos mundos, del sagrado y del profano.

El “simple” acontecimiento de cruzar la puerta de la iglesia o de la clínica o el puente de los suspiros, implica tanto un “nuevo” cuerpo, como un “nuevo” lugar construido culturalmente sobre otras normas, discursos, prácticas, objetos y actores. Dicho en otras palabras, el cruzar representa un acto ambiguo en el cual se deja atrás una condición, un estado o jurisdicción y se asume, en el nuevo espacio una nueva condición o forma de estar y sentir el territorio que es habitado.

¹⁰⁰El Puente los Suspiros fue la primera infraestructura colgante del país que conectaba al municipio de Tocaima con el municipio de Agua de Dios Cundinamarca. Se llamó el Puente de los Suspiros porque todo aquel que lo atravesaba, sabía que se dirigía a una clase de campo de concentración, que se dirigía a un mundo diferente con otras normas y prácticas propias de un leprosorio. En este sentido, este puente representó precisamente la unión entre dos formas como se produce y se habita el espacio, por un lado el mundo de la lepra y por el otro el mundo de los sanos (Garzón, J 2002).

2.1 Cáncer y estructura. La estructura estructurante de territorios

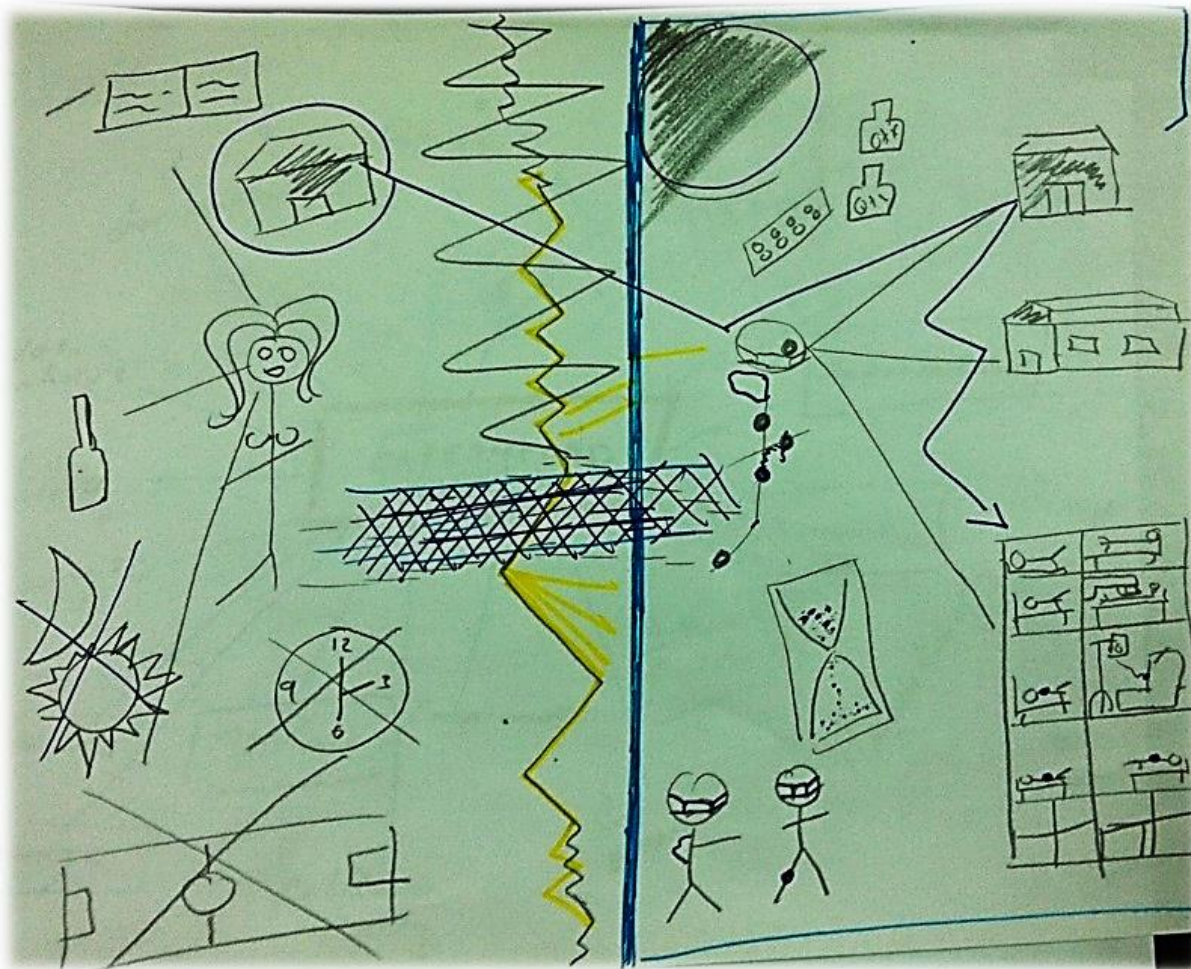


Ilustración 5 Las estructuras y los mundos paralelos. Milton V., 2015

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más y más cara. A todos al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque prefiramos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como un ciudadano de aquel otro lugar. (Sontag, 2013).

Para pasar a describir e interpretar los territorios que ha producido y construido este actor no humano haremos alusión en principio al concepto de estructura en la medida que son espacios que devienen de un orden estructurante que debe ser puesto en evidencia, para así posterior de

ello, pasar a describir los territorios simultáneos, paralelos e incógnitos que se configuran de espaldas o subsumidos a los emplazamientos reales a raíz de la interferencia en la construcción de los mismos por el Cáncer. Dichos en otras palabras, se dará cuenta de la morfología y de las cualidades particulares que estructuran la organización en la que se encuentran los territorios o las continuidades producidas por este actor no humano, y que como veremos más adelante, se han mantenido al inverso del mundo real y de la estructura real de cada uno de los actores ahora territorializados por este actor inusual¹⁰¹.

Siguiendo a Giddens (1995) en su teoría de la estructuración, afirmo que el Cáncer tanto como actor social no humano y como dispositivo territorial, se establece o se erige, como una estructura estructurante y dominante del mundo de los humanos y de los demás no humanos en la medida que es el Cáncer como actor, quien prima en cada una de las acciones, prácticas y discursos a través de las cuales los humanos, objetivan y producen paulatinamente las dinámicas representativas de la vida cotidiana respecto a la estructura determinada.

Son estas acciones y prácticas las que comienzan a denotar la materialización de otro tipo de estructura, sobre la cual los actores ahora deben ajustarse y moldearse de acuerdo con la nueva condición de “enfermo” territorializado por el Cáncer que así se los exige o, de lo contrario, el actor al no ajustarse a esta nueva “superficie” social, económica, familiar, cultural, política y territorial, quizás se ve subsumido por otro tipo de dimensiones y estructuras que se mueven en un intermedio entre lo sano y lo enfermo. Por ejemplo, y respecto a esa liminalidad que se ubica entre lo uno y lo otro, ciertamente, entre lo sano y lo enfermo (que esta tesis por el tiempo no ahondo), tiene que ver con el hecho de no aceptar el plan de tratamiento y con solicitar la muerte asistida¹⁰².

En cada uno de estos dos casos, el enfermo debe someterse a una serie de exigencias y dinámicas fuera de lo común que están ajustadas a otra naturaleza o carácter de esa continuidad territorial

¹⁰¹ Uno de los motivos por los cuales Bruno Latour (2008) propone reensamblar lo social, radica en que la manera como hoy se entiende lo social, no abarca o no aborda lo no social, es decir, a los no humanos en la producción de la estructura social, cuando los no humanos como las bacterias, las células, la madera entre otros tienen tanto capacidad de agencia, como capacidad de organizar otros modos en que las acciones se dan o se producen, tanto así, que la incidencia de los no humanos puede llegar a transformar el rumbo de una organización o de los territorios de los humanos, como es el caso del Cáncer.

¹⁰² En el caso colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la resolución 1216 de 2015, estableció las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad en los términos de la sentencia T-970 de 2014 y de la sentencia C-239 DE 1997. Para mayor información y ampliación de los términos de referencia tanto de la resolución como de las sentencias, puede ingresar a la página web del Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

elaborada por este actor no humano. Carácter o naturaleza del espacio social, que en este caso, se traduce y se proyecta en la vida cotidiana de los actores, por medio de una estructura estructurante tanto de lo humano, como de lo no humano en la medida que liga o conecta acciones u objetos específicos que caracterizan una estructura particular, como es el caso aquí, del cáncer, objeto de estudio de esta tesis. En este orden de ideas, la estructura de acuerdo con Anthony Giddens (1995) se entiende como:

Denota entonces, en análisis social, las propiedades articuladoras que consienten la “ligazón” de un espacio tiempo en sistemas sociales: las propiedades por las que se vuelve posible que prácticas sociales discerniblemente similares existan a lo largo de segmentos variables de tiempo y de espacio, y que presten a estos una forma “sistémica” (Giddens, 1995, p. 54)

En relación con esto, el Cáncer no solo presenta una estructura inversa en tanto reproduce en tiempo y espacio una serie de prácticas, dimensiones y categorías sociales particulares y singulares propias de su mundo que se identifican por su elongación a lo largo de la vida del enfermo o de quien ha territorializado, sino que a su vez, la forma en que obra sobre el territorio se determina por presentar en la mayoría de los casos, “*propiedades estructurales*” que se articulan y se mantienen a largo del tiempo, no aparecen y desaparecen simultáneamente, al contrario, se mantienen en tiempo y espacio en el mundo de los humanos interfiriendo en sus acciones y discursos desde el momento que ha surgido hasta el final¹⁰³.

Si lo vemos así, es claro y conciso plantear que, desde Hipócrates hasta los días de hoy, el Cáncer ha producido un cúmulo de prácticas, discursos, gestos, metáforas, leyes y espacios arquitectónicos que denotan su propiedad estructural que en la actualidad impactan simbólica y físicamente los órdenes tanto individuales como colectivos de los enfermos.

Lo anterior quiere decir entonces, que esta enfermedad existe en tanto su presencia ha sido espacio temporal, ya que aparece en nuestra estructura como una huella mnémica¹⁰⁴ que desde su hito comienza a orientar la conducta de los demás actores humanos o no humanos en un momento dado. Recordemos con respecto a esto último, que el Cáncer a su vez comienza a

¹⁰³ En caso de que el enfermo se encuentre ante una etapa en la cual ha sido controlada la avanzada del Cáncer, no quiere decir con ello, que el cáncer y la estructura que lo rodea no siga interfiriendo en la estructura de la vida del actor, al contrario, aquel continúa trastocando la vida de este, en la medida de que debe vivir bajo una serie de recomendaciones, prohibiciones y restricciones que aun así y por lo inferiores que se lleguen a presentar, inciden en la relación que este construye con los demás actores como con el espacio habitado y frecuentado.

¹⁰⁴ Freud utilizó este concepto para dar cuenta de lo forma en que se inscriben ciertos acontecimientos en la memoria y en este caso hasta en la piel corporal y territorial de los actores. Anthony Giddens (1995) lo retoma para evidenciar cómo ciertas conductas producidas por la estructura en algún momento, pueden incidir más adelante en la manera como los sujetos, actores o agentes hacen las cosas. Siendo así, es una huella que se mantiene incrustada en la memoria como en el cuerpo de quien vivió ciertos acontecimientos o hechos.

ordenar el sentido y el significado de los actores no humanos como por ejemplo el de la ventana, el de la cama, el del atril y el de los tratamientos mismos (agentes).

Esta definición de estructura revela por una parte, que el Cáncer impone reglas implícitas en la producción y en la reproducción de los sistemas o relaciones sociales que en último término, constituyen el y los territorios. Y, por otra parte, desdobra una serie de recursos y contenidos de objetivación y apropiación del mundo social, que se incrustan histórica y geográficamente en la piel física y simbólica del espacio dejando una serie de huellas tras su paso. Uno, por ejemplo, encuentra enfermos que han padecido hace un par de años atrás algún tipo de cáncer y que hoy, producto de sus trayectos, discursos y acciones dan cuenta eventualmente de esas marcas establecidas en su momento por el Cáncer, marcas o experiencias, que en este caso son imborrables y, al contrario, motivan el desarrollo de otro tipo de vinculaciones y asociaciones al mundo de esta enfermedad, como es por ejemplo el grupo de voluntariados o damas azules de la fundación Oncólogos de Occidente¹⁰⁵.

En este sentido, tanto los humanos como los demás actores no humanos, son intervenidos o estereotipados por el Cáncer, ya que este comienza a actuar como alguien que “*ejerce poder o produce un efecto*” en los demás actores” (Giddens, 1995, p. 46), transformando así, sus dinámicas y relaciones bien sea con el espacio o con los demás humanos o no humanos que rodean la vida cotidiana de cada uno de los enfermos o afectados (familiares y amigos por ejemplo) por esta enfermedad.

Mencionada incidencia implica entre otras cuestiones, que estos actores comiencen a recrear por medio de un continuo las cualidades y continuidades de la nueva configuración que se les presenta a partir del hito “*usted tiene cáncer*”, dado que es a partir de allí, que de acuerdo con los especialistas médicos, se genera un quiebre en la homogeneidad y familiaridad del enfermo consigo mismo, ciertamente, se desconoce a sí mismo por la nueva condición que debe asumir, la de enfermo; y esto a su vez, ocasiona en el espacio habitado una fractura espacial y temporal, puesto que es otro el sujeto que los habita y, además, son otros los espacios los que se le presentan, territorios que hasta ese momento desconocía producto de su antigua condición de

¹⁰⁵ Grupo de hombres y de mujeres que han experimentado algún tipo de cáncer en cuerpo propio o en cuerpo ajeno de algún familiar o amigo, pero que tras el paso por este mundo y tras salir de él, desean continuar vinculados a él, a través de la categoría o condición de “voluntario”, entretanto las marcas y experiencias dejadas tras haber recorrido este mundo los motiva a vincularse a él por siempre. Incluso hay casos en los cuales, la muerte de un niño motiva a sus padres a dedicarse tiempo completo a brindar apoyo a los demás niños y niñas que viven esta experiencia, estableciendo para ello, fundaciones y/o programas de apoyo.

sano, ya que no le era posible a lo largo del mundo construido socialmente habitarlos o “visitarlos” ocasionalmente .

A partir de ese hito materializado en Cáncer la casa, la habitación, la ventana de la habitación y la cama en parte, ya familiares para el sujeto, experimentan una sensación de extrañeza puesto que se presentan bajo esta nueva estructura como un mundo enteramente desconocido, a causa de que ha sido intervenido por el Cáncer quien los ha hecho obrar y ver de otra manera, de otra forma simbólicamente hablando.

Por ejemplo, la cama asume un papel preponderante en la reproducción de la vida social del enfermo en la medida que es en ella, sobre la cual comienza a girar y a depender la territorialización de los demás territorios. En el caso de la ventana, esta se presenta como una clase de tercer espacio por el cual el enfermo observa e intenta mantenerse conectado al antiguo mundo de la cual hacían parte y que para él, es la real y concreto. La ventana al igual que la cama, se erigen como un actor referente a la hora de dinamizar y mantener la relación del enfermo con el mundo exterior que está del otro lado de la ventana. Son en síntesis, ejes claves que permiten mantener conectado a través de la contemplación y la imaginación al enfermo con el resto del mundo, que para él, es el único y real.

Esta transformación que experimentan estos actores no humanos revela la posibilidad de pensar que cada espacio, que cada lugar, a partir de la construcción simbólica o funcional que se le otorgue, denota otra organización y asentamiento en que estos espacios como la cama y la ventana solo por mencionar algunos, se nos dan y se nos presentan en lo cotidiano. En consecuencia, el Cáncer es una estructura estructurante, que motiva formas u órdenes de cómo se nos dan y se nos muestra él y los territorios, y a su vez, es una representación escenográfica territorializada de cómo se apropian o deben ser apropiados los distintos espacios sobre los cuales transcurrirá la vida de los actores.

Este actor no humano en efecto no sólo le está dando sentido al cuerpo como es lo normal que ocurra, sino también, a los espacios habitados por el cuerpo ya que de acuerdo con Alicia Lindón (2009) se produce una simbiosis entre el espacio, el cuerpo y el sentido que produce esta enfermedad, en el que el sujeto y los demás actores que experimentan el cáncer en el espacio, viven su cuerpo como prolongación de los lugares significados por el Cáncer (Lindón, 2009, p. 11) y a su vez, viven sus territorios como la cama, la habitación, la ventana, la casa, el barrio,

las calles, el parque, los medios de transporte e incluso la ciudad entera, como una continuación de este actor no humano y de los discursos de medicalización sobre los cuales se gestan los tratamientos.

Esta simbiosis que es indisociable entre el cuerpo y el territorio, se materializa cuando el espacio es representado, demarcado y objetivado por el Cáncer a partir de hacer suyo el cuerpo a raíz de su expansión y conquista espacial. El cuerpo de este modo, es territorializado por esta enfermedad, lo que posibilita ajustar el espacio a este nuevo cuerpo que ha sido trastocado por este actor no humano, lo que significa en términos espaciales, un remodelar cada una de las esquinas, bordes y fronteras de los territorios sobre los cuales acostumbra transitar el cuerpo, así también como “enseñarlo” a visitar los nuevos lugares como lo son la clínica y el albergue entre otras continuidades derivadas de este actor no humano.

En síntesis, el Cáncer representa una estructura inversa que coexiste con la nuestra, una estructura que permanece subsumida o de espaldas a esta gran estructura entre tanto, sus manifestaciones y expresiones en este mundo, se producen posterior de haber significado y objetivado las raíces de este mundo, para así transformar no sólo las estructuras individuales de cada uno de los actores afectados, sino toda la estructura en la que el Cáncer y las prácticas de medicalización, se organizan como el centro preponderante sobre los cuales se objetiva y se acota la vida cotidiana de los actores bien sea humanos o no humanos.

2.2 El ritual de paso

La realidad no es solo lo que se ve. Lo visible no se puede identificar con lo real y al revés. Hay que aprender a mirar lo que no se ve, como aquellos historiadores del arte que son capaces de intuir que debajo de una pintura visible hay otra invisible, en general más interesante que la primera, como ha sucedido tantas y tantas veces. (Joan Manuel Nogué, 2011, p. 4).

El hito territorial “*usted tiene cáncer*”, tiene una relevancia estructural y territorial en términos de orden, asentamiento y disposición para esta tesis, en tanto el hito no es entendido aquí como el solo hecho a través del cual, se diagnostica la enfermedad, sino que es entendido, como un cambio, como un quiebre temporal, como una continuidad territorial en el cual se sitúa quien experimenta el hito del Cáncer.

En suma y de acuerdo con Gadamer (2011), el hito en este caso significa o representa ese factor de “*perturbación que se hace presente hasta el límite de la impertinencia*” (Gadamer, 2011, p.

90), dicho de otro modo, el hito no es más que ese factor de perturbación territorial que ocasiona y/o motiva a partir de su presencia no solo en lo corporal, sino también en lo cotidiano de quien lo vive, una amalgama de cambios y desplazamientos en la estructura (forma y contenido), en el tiempo, en los discursos y en las prácticas que delimitan y acotan los territorios de la vida cotidiana del enfermo. Es bajo estas características (de forma y contenido) en que se presenta y asume el hito territorial de esta enfermedad.

Antes de pasar a describir e interpretar los territorios que constituyen la estructura inversa o que están de espaldas a los espacios reales y que son posibilitados por el Cáncer, es necesario, dar cuenta por una parte de cómo el sujeto enfermo a raíz de la *perturbación* no sólo se percata de esta nueva disposición, sino también, cómo se percata y cómo se trasciende a los lugares que constituyen este nuevo orden. Dicho en otras palabras, se intentará explicar en términos metafóricos, como el sujeto o actor social “viaja” a esos territorios que se encuentran situados hasta entonces del otro lado, de espaldas o inclusive, debajo de los pies y, aun así, no se había percatado de ellos¹⁰⁶.

Para comprender cómo el sujeto experimenta y vive tanto el cambio de condición o de estado, así como el cambio temporal y el cambio territorial, considero importante epistemológica y metodológicamente, considerar algunas de las propiedades representativas de los rituales de paso (*rites de passage*) desde las posturas del antropólogo escocés Víctor Turner (1980), centrándome particularmente en la etapa liminar (estado liminar) o en la liminalidad socioespacial que embarga a los enfermos de cáncer¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Esto se plantea en relación con la clasificación de los mundos establecidos por los Yanaconas en Nates (2011), quienes lo clasifican en 1. *mundo de los antepasados (Tapuncos)*, 2. *el mundo de los muertos (aucas y ánimas)* y 3. *el mundo de los A-normales (gringos, españoles de la conquista y los actuales guerrilleros y paramilitares)* (Nates 2011, pp. 59). De momento, haré referencia a los Tapuncos, y me centraré en ellos por su ubicación en el mundo, ya que se encuentran ubicados debajo del suelo, debajo de nuestros pies al revés o al inverso del mundo “normal”. Y se ubicaron debajo de los españoles huyendo de su conquista, ya que entendieron que la mejor manera de ocultarse era debajo de ellos, esperando así, que todo regresara a su normalidad. En este marco, los Tapuncos se caracterizan por su tiempo que es cronológico, ciertamente, no envejecen, se alimentan del olor de las comidas porque no tienen ano y están a la espera que lo de abajo, pase a estar arriba, y lo de arriba, pase a estar abajo para de este modo, volverse a apoderar de los territorios de los cuales fueron expulsados por los españoles. (Nates, 2011). Situación similar ocurre con el Cáncer, ya que este como hemos visto en el capítulo 1, siempre ha coexistido con los humanos, solo que estos no se han percatado de su presencia entre tanto a permanecido debajo de nosotros, debajo de la piel y de los órganos siendo, incluso pisado por nosotros, en este orden de ideas, está oculto o de espaldas al mundo real, no envejece y quizás ni se alimenta y si lo llega a hacer, lo hace del terror y del temor que ocasiona en los humanos cuando se menciona la palabra o la expresión “*usted tiene cáncer*”. Esto quiere decir entonces, que el Cáncer como actor no humano, siempre ha estado y está debajo de todos nosotros esperando pacientemente estar arriba de nosotros, y nosotros a estar debajo o de espaldas a él ya ese estar arriba de los actores, implica en este sentido, la imposición tanto de una nueva estructura, como de nuevas e inusuales prácticas y discursos antes no experimentadas por los actores humanos, que motivan precisamente, ese cambio o transformación territorial.

¹⁰⁷ A través de estas etapas de los rituales de paso, a mi parecer es posible leer tanto la experiencia en términos simbólicos, como la experiencia en términos territoriales que implica ser habitados o conquistados por el Cáncer. En suma, nos ofrece otra mirada bastante

El ritual de paso se asumen como “*ritos que acompañan a cualquier tipo de cambio de lugar, de posición social, de estado o de edad*” (Turner, 1980, p. 104). De entrada, el ritual se refiere a una ceremonia o costumbre que se repite de forma invariable en concordancia con un conjunto de normas establecidas por un grupo humano para celebrar o festejar los cambios de ciclo lunar, climático, solar o un cambio de año occidental, tradicional o chino. En el caso de nuestra cultura, la celebración del año nuevo se realiza los 31 de diciembre, fecha en la cual las familias festejan conjuntamente el cambio de un año viejo a un año nuevo y ello representa, un paso de un antes a un después. Cambio que como vemos, es festejado de múltiples formas en relación esto, a las culturales locales en las que viven las familias colombianas¹⁰⁸.

En el caso de las sociedades tradicionales, por ejemplo, se ha destacado el nacimiento, la iniciación, el matrimonio y la muerte como procesos ceremoniales en la medida que generan un cambio o transformación físico-corporal o simbólico-cultural en los sujetos o en los grupos humanos. Estos cambios inconscientes o conscientes que experimentan los individuos y las sociedades en general, implican un ritual de paso que es construido históricamente, ciertamente, una celebración que da paso al cambio y a la llegada del nuevo estado.

Quizás en este marco, el Cáncer representa una de las tantas formas como los actores sean estos niños, adolescentes, adultos o adultos mayores experimenta una sensación de cambio o de ruptura de la vida o de estado producto del hito territorial materializado en y sobre lo territorial, como lo han llegado a narrar algunos de los enfermos que han participado de la investigación, como es el caso de Josefina Castro y Soledad Ulloa en las siguientes líneas¹⁰⁹.

No, no he vuelto a salir de la casa, yo, ya más bien me la paso enferma, hospitalizada, me la paso de la casa al hospital, y del hospital a la casa, pero uyy, es muy maluco porque uno no está enseñado a estar encerrado, pues uno pasa de un ambiente amplio a estar en un ambiente encerrado. Es muy maluco. Es un cambio muy fuerte. (Josefina Castro, 2016)

concreta, de cómo los actores sociales mutan de un estado de alivio a un estado de enfermedad crónica. Lo cual, no solo significa un cambio de las condiciones de vida, sino también, de las condiciones en que se organizan y presentan los espacios.

¹⁰⁸ Por ejemplo, en el caso de la cultura paisa, el festejo se realiza alrededor de la comida criolla frita en olla de aluminio en fogón de leña, acompañada de licor bien sea aguardiente antioqueño o el ron viejo de caldas, finalmente, la celebración termina con una parranda en la que se baila y toma bastante licor hasta el amanecer. Respecto a los rolos o cachacos, acostumbran a celebrar con comidas frías gourmet, acompañadas por vinos o jugos, seguidamente de la cena, juegan algunos juegos de mesa en familia acompañado con un wiski o cerveza y no suelen amanecerse, más bien, se van a dormir temprano.

¹⁰⁹ Lo particular del cáncer es que representan tanto una transformación físico-corporal como una transformación simbólico-espacial tanto para el enfermo como para la familia. En cuanto a familia por mi profesión de trabajador social debo indicar que uno de los cambios esencial que se vive en función del cáncer, es la transformación en las dinámicas de cooperación, ayuda y apoyo de la familiar. Donde lo roles y papeles de los integrantes de la familia se deshacen y se rehacen en otros.

Mi vida durante el cáncer giraba en torno al tratamiento, a la EPS y ya, era solo eso, todo el tiempo se modificó. Es decir, antes vamos a ir a trabajar, vamos a esto, y ahora en las mañanas venir aquí a Oncólogos y en la tarde estar en la casa porque me dieron las maluqueras, ya cuando estaba mejor, que vaya a la EPS, me estaba casi toda la mañana, y en eso corría el tiempo, a veces me decía que venga mañana, entonces era un día perdido, entonces otro día en la EPS y así todo. (Soledad Ulloa, 2016)

Detrás de la materialización del hito, el enfermo experimenta un ritual o ceremonia en la que por una parte, debe iniciar el desprendimiento de su anterior estado o condición de sano; lo que supone eventualmente dejar atrás los territorios, los trayectos, los recorridos y las prácticas significativas y representativas que delimitan y configuran dicho estado, como lo resaltan en el anterior relato Josefina y Soledad. Por ejemplo, Josefina destaca que a raíz de la enfermedad pasa de un ambiente amplio como lo es el gran mundo social en el que trabaja, estudia y se entretiene, a un ambiente encerrado mediado por el orden médico enmarcado en protocolos de cuidado y aislamiento estricto.

Y en el caso de Soledad, expresa que producto del Cáncer, debe dejar atrás sus actividades como trabajar e ir a la oficina de trabajo entre otros aspectos preponderantes en su vida cotidiana. Y esto, en últimas, es lo que queda atrás, es lo que queda en el pasado, entrando así, a un nuevo proceso en el cual, se contemplara nuevos espacios, trayectorias y rutinas.

Ambas enfermas viven circunstancialmente o temporalmente un ritual de paso, ya que posterior del desprendimiento de su antigua condición (sanas y trabajadoras), deben entonces, asumirse como un actor territorializado por esta enfermedad, es decir, aceptar e interiorizar su nueva condición y estado de enfermas y aisladas del resto del mundo, como también deben comprender y moldearse a las dinámicas que constituyen tantos los espacios reconfigurados, como los nuevos emplazamientos posibilitados por este actor no humano que le corresponde a un enfermo de cáncer, que en esencia vienen siendo solo por mencionar algunos la habitación, la cama, la casa y la EPS.

En ambos casos, tanto en el de Josefina como en el de Soledad, se experimenta un ritual físico y simbólico que acompaña la metamorfosis motivada por el hito del cáncer, puesto que se pasa, trascendentalmente de lo uno a lo otro (de sanos a enfermos) o de un antes (trabajo) a un después con durante (centro de tratamiento y prácticas de medicalización), dejando esto entrever, claramente, la perturbación que quiebra la homogeneidad territorial construida a raíz de la

delimitación de sus vidas cotidianas con relación a la estructura social, así como también deja entrever, o pone en evidencia, las fronteras que separan el antes y el después en sus vidas, ciertamente, que separan ambos mundos y que ese viaje del uno al otro, implica tanto un ritual de desprendimiento como un ritual de incorporación como lo veremos más adelante.

En consecuencia, tanto el antes como el después son a mi parecer procesos temporales y territoriales claves que demarcan y se caracterizan por un estado o condición de estar y de ser en el mundo¹¹⁰ que supone, entonces, una relación particular y singular con los lugares que se nos muestran. Si nos centramos en describir los espacios antes del Cáncer, estos serán muy diferentes simbólicamente a los descritos durante y después del Cáncer. Ya que los primeros, por ejemplo, darían cuenta del gran mundo social producido por el sujeto, que es homogéneo entre los demás sujetos que constituyen la estructura y, los segundos, evidenciaran una extensión de territorios que están establecidos y producidos detrás de ese gran mundo social; que están del otro lado y que han sido en este caso generados y producidos a partir de la incidencia de este actor no humano (ver ilustración 6).



Ilustración 6. Los territorios antes, durante y después del Cáncer. Milton V., 2015

¹¹⁰ El antes representa la condición de sujeto sano y el durante con después del cáncer, el estado de sujeto enfermo. Ambas materializaciones son en esencia, construcciones estructurales que sugieren modos en los que se nos da, se proyectan, se ordenan, se usan y se gestionan los espacios, así como las relaciones sociales.

En la ilustración 6 lo que se proyecta, es el paralelo de los mundos de un actor sano y de un actor enfermo de cáncer, que a pesar de coexistir bajo la misma estructura¹¹¹ dan cuenta de dinámicas, prácticas, trayectorias y encuentros enteramente distintos entre tanto, el mundo de la izquierda es elaborado libre y autónomamente por el actor que normalmente asienta la construcción en un centro y tiempo de mundo referido al trabajo. Mientras que el mundo de la derecha, ha sido ajustado y moldeado no por el actor que realiza las trayectorias, sino por el Cáncer, quien dispone de cada punto de origen y de destino, en función de las estrategias de medicalización y que por tanto, encuentra su centro - tiempo, en la clínica como en la casa del enfermo.

Físicamente pueden llegar a ser los mismos territorios como por ejemplo el mismo cuerpo, la misma ciudad, el mismo barrio y la misma casa, incluso, la misma habitación y la misma cama, pero a raíz de la enfermedad, estas jurisdicciones significativamente adquieren otro valor y otro significado para el sujeto en tanto da cuenta de otra manera de ser y de habitar el mundo del actor enfermo. En este orden de ideas, el estar sano y el estar enfermo, no solo esto significa un cambio de estado, sino a la vez, un cambio de construcción y organización territorial.

Para ir entonces de un antes a un después con durante; de un mundo o lugar a otro, el sujeto enfermo inicia precisamente el ritual de paso, ritual que puede ser representado sea por el cruce de un puente, de un río, de una calle o en nuestro caso, por el cruce de la puerta de la clínica oncológica, ya que metafóricamente al cruzar dicha puerta, el sujeto se encuentra ante un nuevo espacio, ante una continuidad espacial que no se detiene ahí en la sala de espera o en la recepción, al contrario, continúa conectando otros territorios y dinámicas antes no vistas como los albergues o las salas de quimioterapia o radioterapia. Por lo tanto, el cruce de la puerta implica un viaje por tierras y lugares desconocidos como lo ha destacado Oliver Sacks en sus obras. El enfermo con simple hecho de cruzar la puerta de vidrio o la portería de la clínica de Oncólogos de Occidente, inicia un gran viaje simbólicamente “hablando” de un lugar a otro, aunque siga siendo el mismo espacio.

El viajero no es consciente que llegara a un nuevo espacio, a una nueva ciudad, a nueva casa ya que ese “nuevo” solo se hace explícito y presente en la medida que el viajero avanza o se adentra

¹¹¹ Con esta expresión me refiero a la misma ciudad, el mismo barrio, a la misma cuadra y a las mismas interacciones culturales. Con esto último, no estoy diciendo que comparten la misma construcción cultural, sino que, interactúan bajo una particular manera en que la cultura se territorializa en tiempo y espacio.

en su nueva condición y estructura determinada por esta nueva condición. Como en el caso del escritor Anatole Broyard (2013) que tras el hito (diagnóstico) de su cáncer de próstata, relaciono el mundo de su enfermedad con un viaje o visita a un país tumultuoso, más o menos como la China contemporánea; y en el caso de Susan Sontag (2013), relaciono su cáncer con la visita a villa tumor refiriéndose con ello a una nueva villa posibilitada por este actor no humano. Visto de esta manera, el antes y el después en el ritual de paso, representan mundos o configuraciones paralelas que se encuentran, que se conectan a partir de una experiencia particular que se materializa a raíz de un hecho inusual e inesperado, como es por ejemplo en este caso particular, el Cáncer.

El ritual de paso para este estudio, permite entre otras cosas, develar las continuidades espaciales que constituyen la realidad de los sujetos, pero a su vez, de las discontinuidades o curvaturas que sufre el espacio en ciertos momentos de la vida cotidiana a raíz de experiencias territorializantes como las representadas por este actor no humano. Y a la vez, el ritual de paso en esta tesis da cuenta tanto de las ausencias como de las presencias territoriales que constituyen o que coexisten en la realidad, y de las cuales, en el caso de las ausencias, los actores no se llegan a percatarse ya que se encuentra inmerso en una presencia continua y homogeneizante que no les permite o no le posibilita, mirar más allá de la estructura y/o frontera construida por el actor, es decir, más allá de la cerca delimitada por ellos mismos en relación a su vida o rutina laboral, social y cultural.

Además y como es el caso aquí citado, hay ausencias que para ser habitadas el actor debe experimentar un cambio de estado o de condición, sin ello, no es factible contemplar y territorializar las ausencias referidas a cada condición o estado ya que de acuerdo con Mircea Eliade (1981), son realidades o estructuras que no pertenecen a este mundo o al mundo del actor, en la medida que están del otro lado de la vida, que están de espaldas o que están debajo subsumidos al mundo real.

En este sentido, el ritual de paso se encuentra constituido por tres fases o etapas que permiten justamente observar en detalle el proceso de cambio de estado o de condición ya sea de un sujeto o de un grupo humano. En este orden de ideas, el ritual se encuentra constituido por las siguientes fases: separación, condición liminar y la agregación. De momento en este apartado haré mención a las fases 1 y 2 y me detendré en esta última, con la intención de explicar el

significado del viaje y del tránsito de un enfermo de cáncer hacia estos otros lugares de su vida cotidiana que se materializan en el centro de tratamiento. Y, finalmente, la fase 3, se trabajará en el capítulo siguiente, ya que se refiere a la apropiación, agregación y a la aceptación tanto de la nueva condición de enfermo, como de las nuevas dinámicas, discursos y prácticas que constituyen los nuevos territorios.

2.2.1 La separación

De acuerdo con Víctor Turner, esta fase hace alusión a *“la conducta simbólica de separación del sujeto de su anterior situación dentro de la estructura social o de un conjunto de condiciones socialmente construidas”* (Turner, 1980, p. 104), y que han sido aceptada por el sujeto al hacer parte ya sea de un gran grupo humano como la sociedad o uno más pequeño, como lo es la familia o la comunidad. La separación, en este sentido, representa la fase de iniciación del ritual de paso en la que el actor debe desprenderse de su anterior estado de sano, así como de los territorios en los que producto de esta condición habita, frecuenta y transita.

Este proceso que se materializa a partir del hito *“Usted tiene cáncer”* en principio implica, una situación de descontrol e incertidumbre física y simbólica ya que de acuerdo con Vergara (2017) citando a Richard Hoggart, el actor social territorializado, en este caso en particular por el Cáncer, se enfrenta a una situación que va contra de su voluntad puesto no escoge vivir bajo las estructura del Cáncer, sino que es “escogido”, lo que lo obliga paulatinamente a romper con las costumbres del hogar y de su ser en comunidad y en sociedad, como con los valores de la comunidad y de la estructura social que le han sido asignados, así como también con el cálido ambiente familiar (Vergara, 2017) en el que vivía antes del hito territorial de esta enfermedad. Esto que hace parte de su anterior estructura, se va dejando atrás, se abandona en la medida que su condición de enfermo se mueve bajo otras circunstancias y condiciones espaciales de vida que han sido impuestas por este actor no humano.

Literalmente el actor social ahora enfermo de cáncer es alejado y separado de su familia, de su condición social, económica asignada y construida al interior de la sociedad, de su vida laboral y productiva, de su vida educativa, y de su vida social y cultural tanto de ocio como de socialización y compartir con los demás actores. Y en consecuencia de esto, el actor es a su vez aislado a raíz de las recomendaciones y prácticas de medicalización de cada uno de los lugares

significativos que han sido acotados como sus territorios representativos; como lo intenta explicar Soledad Ulloa a continuación:

Cuando me dieron el diagnostico a mí se me puso el mundo el blanco, así como se dice, el mundo se me vino encima, y quede como que no, no sentía nada ni tristeza, ni alegría, nada quede como en blanco, como suspendida en el tiempo, no sabía ya dónde estaba parada. Yo le decía a mi hermana, no, no, no siento nada, pero ya en la noche fue la llorada más grande, si ya fue como decirle a Dios, por qué, por qué tanta cosa. (Soledad Ulloa, 2016)

Es claro entonces hasta el momento, que la separación que vive el enfermo de cáncer, es muy diferente a la separación que vive un actor que se traslada por motivos laborales a otro país o ciudad, entre tanto, esta separación sí es tangible en la mayoría de los casos como no lo es en el caso del enfermo de cáncer, que experimenta particularmente separaciones simbólicas que no en todos los casos se materializan físicamente en el mundo de la vida. No obstante, esto no quiere decir que al no reflejarse o materializarse en lo social la separación del enfermo, esta no sea experimentada como tal, cuando constantemente el enfermo se ve enfrentado a separaciones simbólicas como las que ya hemos citado hasta el momento.

Eso sí, hay ocasiones en las que el “*quebramiento de la salud suele separar ya a los que envejecen y a los enfermos del resto de los mortales. Su decadencia los aísla*” (Elías 2009, p. 8), ya que producto de su condición física del cuerpo, son internados temporalmente en clínicas o en albergues para enfermos, o en su defecto, son remitidos a otros lugares de residencia ya que en los que viven y frecuenta, no se ajustan a su nueva condición y estado establecido por la enfermedad o condición otras que los conquiste. Esto ocurre normalmente en el caso de aquellos enfermos que viven en espacios que pueden incidir fácilmente en el deterioro repentino de la salud del enfermo, ya sea por las condiciones físicas en la que se encuentran, como por la distancia geográfica en la que están de las clínicas o de las cabeceras urbanas.

La separación en este caso no se refiere a un alejarse físico, sino a un separarse que ha sido construido social y culturalmente a raíz tanto del estar sano como del estar enfermo. Lo uno y lo otro, representan un proceso de incorporación como de separación, ya que se caracterizan por reglas y patrones culturales de habitar lo social y lo territorial enteramente distintos. Cuando se está sano se vive el mundo de una manera y cuando se está enfermo de otra, por lo tanto, no llegan a ser similares en ninguno de los casos vivir la cuadra del barrio a pesar de estar situado sobre los mismos espacios que solía frecuentar o habitar antes del cáncer. Por ejemplo, no es lo

mismo llegar a la casa sano que enfermo, lo primero demanda por una serie de acontecimientos, prácticas y discursos muy diferentes a los que se producen cuando se llega enfermo, que en ocasiones, ni siquiera representa la materialización de algún tipo de acto o acción, puesto que los actores van directos a su habitación y en especial, a su cama.

En este sentido, esta fase supone vivir un proceso de cambio y metamorfosis de las relaciones, de las maneras de asociarse, de las maneras de vivir la casa, de las maneras de vestir, de vivir el cuerpo, de manejar y vivir el tiempo, de dormir, de ducharse, de alimentarse, de transitar la ciudad entre otros acontecimientos que lo que reflejan en últimas, es el abandono del estatus, ciertamente, de ese antiguo lugar, de esa antigua familia y de esa antigua ciudad¹¹².

Visto de esta manera, la separación radica justamente en dejar atrás una forma de ser, de habitar y de apropiarse el espacio, puesto que el Cáncer representa en este caso, una configuración o el lado nocturno de la vida en la cual el sujeto es otro con el territorio y con los otros sujetos en tanto se le imponen maneras y modos a partir de los cuales producen el espacio socialmente construido por el ahora enfermo. El estar territorializado por y para el Cáncer no es más que un proceso en el que se vive radicalmente fuera o de espaldas a una estructura que ha sido aceptada e incorporada por el actor social, incorporándose de esta manera, en una nueva dinámica estructural en la que el dominio y autonomía ya no recae en el actor, sino en el actor no humanos.

2.2.2 Fase liminar o también conocida como fase del viaje o de la transición

Esta fase representa la transición posterior de la separación de un estado de normalidad (antes) a un estado de anormalidad (después con durante), o también significa la transición de un estado o condición de buena salud, a un estado de mala salud o viceversa. Ambos estados o condiciones en principio no solo se materializan en la experiencia del cuerpo (ausencia del dolor y presencia del dolor y del sufrimiento), sino que a su vez en la experiencia territorial que implica cada uno de los dos estados en tanto están demarcados y objetivados particular y singularmente por una serie de prácticas y de discursos ya sea en términos de reglas, normas, patrones culturales o

¹¹² Como en el caso de la sociedad cortesana, en la que la categoría o status social es definido a partir del comportamiento o estado físico del sujeto, cuando por ejemplo un duque o un príncipe cae cruelmente en la enfermedad y deja de cumplir sus funciones asignadas y además, su comportamiento no corresponde a los de la categoría asignada, su estatus le es retirado y su cargo le es entregado a otro que sí pueda cumplir con cada una de las tareas asignadas a ese cargo y el sujeto enfermo, es retirado de su casa que a la vez representa la categoría a la cual pertenecía antes de enfermar, siendo así, entregado a los hospicios en los que será aislado y cuidado hasta morir (Norbert Elías, 2009).

procesos de medicalización que por una parte los caracterizan y por otra parte, los hace diferentes.

En consecuencia de esto, estar sano o estar enfermo¹¹³ supone no sólo una condición física del cuerpo en particular, sino que a su vez, implica una manera en que los espacios se nos muestra, se nos dan y se construyen en lo cotidiano ya que el territorio no es un contenedor de relaciones, sino que este es construido social y culturalmente por el cuerpo que lo habita o lo transita, y evidentemente si el cuerpo está sano o aliviado la experiencia territorial es enteramente distinta a si el cuerpo estuviera enfermo o agonizando de dolor. En este orden de ideas, la metamorfosis¹¹⁴ que constantemente experimenta el cuerpo genera una mutación en cuanto a la manera de construir, producir, discurrir y habitar los territorios en lo cotidiano.

Es partir de estas experiencias particulares que habitan el cuerpo, que el enfermo a pesar de transitar y de habitar el mismo espacio que solía frecuentar antes del cáncer, llega a experimentar sus territorios como la habitación, la cama, la casa, el barrio, la ciudad e incluso el cuerpo solo por mencionar algunos, simbólicamente durante y después del cáncer, como si fueran otros territorios¹¹⁵ los que estuviera transitando y habitando, por lo tanto, para el enfermo los territorios producto del Cáncer, dejan de ser los mismos que acostumbraba habitar antes de la enfermedad, ya que estos se encuentran mediados y organizados por discursos, actores y objetos enteramente extraños e inusuales provenientes de otro mundo o realidad que hacen que estos territorios se proyecten distintos a como estaba acostumbrado a verlos. De esta manera, la

¹¹³ Lo enfermo y lo sano se encuentran enteramente separados por una frontera simbólica y ambigua, que por una parte los une y por otra parte los separa. En nuestro caso, nos interesa ver la frontera desde la unión de ambos emplazamientos; lo que representa observar y trabajar sobre ambos estados, ya que esto, permite vislumbrar el viaje o el cambio de lo uno a lo otro y viceversa, en caso de que sea declarado sano al enfermo.

¹¹⁴ Se utiliza la expresión metamorfosis constante del cuerpo, puesto que en el proceso de lucha contra el cáncer las sensaciones del cuerpo varían de sentirse bien, muy bien, mal, muy mal, más o menos o regular. Sensaciones sobre las cuales el enfermo produce unos emplazamientos en particular, en los que a su vez, se muestran una forma en específico, no se le muestran o se le dan de una forma homogénea como quizás se le daban cuando estaba sano. Revisemos un ejemplo, no es la misma casa cuando el enfermo llega sintiéndose muy bien a cuando llega sintiéndose muy mal o más o menos; y no es la misma casa por el hecho que cada una de las sensaciones experimentadas inciden profundamente en la forma y manera como el sujeto ven y sientes el espacio habitado, en tanto, han marcado los lugares en función de las prácticas y discursos que los caracterizan y los constituyen.

¹¹⁵ El término "otros" se asume no en términos de la otredad territorial y del discurso de los espacios otros, sino en términos de la construcción de un emplazamiento o jurisdicción nueva que se nombra a partir de las sensaciones vividas producto de la experiencia de habitar el mundo con cáncer, emplazamiento como por ejemplo los "*territorios del cáncer*" o "*territorios que están del otro lado*" o "*territorios que están de espaldas*" hacen que el sujeto viva el mundo como si fuera otro. Y son estos emplazamientos emergentes que se imponen sobre los demás espacios en la vida cotidiana que ocasionan en el enfermo la sensación de estar en un tránsito, o en un viaje.

familiaridad y la cercanía con la cual el sujeto vivía y habitaba los territorios, se va diluyendo en la medida que cada vez los territorios se hacen más extraños y desconocidos.

El Cáncer de esta manera, representa una estructura y manifestación de otra realidad y de otra manera cómo los espacios de la vida cotidiana se producen, se conectan, se objetivan y se muestran a quien los vive. Es decir, este actor no humano comienza a develar y revelar los atributos de una realidad que siempre ha existido pero que en el caso particular de cada sujeto, ha permanecido ausente en la medida que se ha configurado al inverso de la gran realidad o mundo social que ha sido objetivado por el sujeto y que producto de esta fase, el sujeto se percata de lo que hay más allá de los significados asignados. Ciertamente, comienza a percatarse de una serie de ausencias simbólicas y físicas que demarcan particular y singularmente el espacio vivido.

Visto de este modo, el Cáncer no solo da cuenta de otro actor en sí mismo que incide y transforma la relación sujeto-territorio-sujeto, sino que a su vez, da cuenta de otra estructura caracterizada particularmente por “*una realidad absoluta, que se opone a la no realidad de la inmensa extensión circundante*” (Eliade, 1981, p. 15). Realidad que en principio se construye y se muestra en la medida que el sujeto experimenta la condición de liminalidad socio-espacial, es decir, de estar en un intermedio de dos mundos o realidades inversas que imponen en este caso, una manera de objetivación y de producción territorial que como hemos dicho, varía de un sujeto a otro producto de las sensaciones vividas en un momento y espacio-tiempo dado, por lo tanto y de acuerdo con Víctor Turner (1980):

No son ni una cosa ni la otra; o tal vez son ambos al mismo tiempo; o quizás no están aquí ni allí; o incluso no están en ningún sitio y están en último término “entre y en mitad de”, todos los puntos reconocibles del espacio tiempo de la clasificación estructural. (Turner; 1997, pág. 108).

El viaje o la transición representan en este caso un intermedio en el cual los atributos que caracterizaban a la casa y a la cama e incluso al sujeto en la anterior estructura, se hacen ahora irreconocibles, ya que se establecen otras propiedades y cualidades de otro mundo o de otro actor (en este caso no humano), que dan cuenta de otros significados o curvaturas en que los espacios se presentan o se gestionan en la vida cotidiana.

En este orden de ideas, son emplazamientos que se encuentran a espaldas de los demás territorios, y que están dominados por otros discursos y otras normas como son las prácticas de medicalización; por otros actores como lo son los médicos oncólogos, los jefes de enfermería, las enfermeras, los radiólogos, los tecnólogos físicos, los químicos, los doctores felices entre otros; y por otros objetos como por ejemplo el atril, los medicamentos en la mesa de noche, los patos para hacer del cuerpo sin necesidad de ir hasta el baño, los tapabocas para evitar otras bacterias, guantes y pañales, pelucas y boinas en el caso de las mujeres, colchonetas antiescaras, las sillas de ruedas, los bastones solo por mencionar algunos y finalmente, por otros territorios como la sala de quimioterapia, de radioterapia, el pabellón de hospitalización, la casa del albergue, los laboratorios clínicos y de radio imágenes entre otros tantos y preponderantes espacios que se hacen visibles o tangibles en la vida real, es decir, que pasan a estar arriba y lo demás, pasa a estar abajo.

Se teje de esta manera una continuidad en el espacio que permite a quien vive y habita en él ir más allá de lo visto y objetivado, y percatarse, en este sentido de otras disposiciones, organizaciones, objetivaciones y representaciones de los territorios que hasta ahora habían estado ausentes o que el sujeto producto de su antigua condición de sano no las había llegado a ver o no se había percatado de ellas¹¹⁶.

En este sentido, hay una coexistencia paralela de dos realidades opuestas que producto de la condición liminal o ambigua de los sujetos se entrecruzan, se encuentran y a su vez se materializan en el espacio como una extensión, materialización y representación del mundo o realidad que embarga a cada uno de los sujetos (ver imagen 8). Por lo tanto, para quien está enfermo, como para quien está sano, es otro mundo el que se le impone, es otra realidad o agenciamiento el que se le muestra así sea el mismo espacio para ambos actores.

¹¹⁶ Hay casos en que los enfermos conocen por primera vez una clínica especializada en su enfermedad y de otros enfermos, que conocen estas clínicas, pero que producto de su impacto simbólico y social en este mundo hace como si no existieran en su vida.



Imagen 8. Realidades, mundos y territorios paralelos. Angelo Merendino, 2011

En este marco, el periodo liminar o “marginal” es característico de una situación interestructural inusual y particular que no es observable hasta que el sujeto producto de su enfermedad rompe con su homogeneidad espacial, puesto que al romper con esta homogeneidad y continuidad del espacio, metafóricamente hablando, por una parte, se percata de esta nueva objetivación espacial y, por otra, se hace intangible e irreconocible como los territorios producidos y posibilitados por el Cáncer, es decir, el sujeto desaparece del mundo social ya que se ha suspendido el contacto habitual y familiar con los anteriores lugares, actores, objetos y prácticas que los constituían y los caracterizaban.

Con el Cáncer uno sigue siendo humano, pero uno tras él, se siente inferior a los sanos, como invisible digámoslo así, como saber que yo estoy enfermo que tengo cáncer o sida, sea lo que sea... Por ejemplo, el primer día que yo llegue a mi casa yo me hacía demasiadas preguntas cuando veía a mis hermanos correr, brincar y jugar. Y yo los veía y yo sin poder hacer eso todavía, porque mi cuerpo obviamente estaba muy débil por tanto tratamiento, el cuerpo no tenía esa reacción que tenía antes, no tenía tantas limitaciones como antes, esto hace que la persona se haga transparente frente a los demás, invisible, entonces eso es algo que pasa con el cáncer y es que lo visible, se hace invisible. (Alberto Pereira, 2017).

Para complementar la anterior cita de Alberto Pereira, refiere Víctor Turner que el sujeto enfermo y conquistado en este caso por el Cáncer, comienza a experimentar con relación al espacio vivido una sensación de inexistencia y de invisibilidad en tanto el sujeto tiene realidad física, es decir, sigue siendo cuerpo y continúa habitando sus anteriores espacios como lo hace

Alberto, pero Alberto ahora no se haya ni en el mismo, ni en ellos ya que producto de la situación interestructural en la cual se encuentra tras la separación experimentada, no es ni de aquí, ni de allá, deja de contar con una realidad social y simbólica que permita un estar habitando los territorios con relación a la estructura de los demás actores. No obstante, esto no significa que Alberto no cuenta con una realidad simbólica y social, al contrario, si la tiene, pero esta corresponde a otra realidad, estructura y tiempo que no concuerda con la realidad de los sujetos sanos, tal vez si concuerda pero con la realidad de otro enfermo.

Es producto de este encuentro de jurisdicciones que los enfermos como Alberto Pereira, llegan experimentar una sensación de distanciamiento, de invisibilidad, de intangibilidad y de inferioridad frente a los demás actores humanos que no están en la misma condición en la cual se encuentran ellos, en la medida que no solo han sido separados de su antigua condición, sino que a su vez, se les ha asignado una nueva condición en el cual son conectados a otras realidades o mundos que para los demás no son tangibles, más allá de las sensaciones que vive o experimenta el cuerpo. Ciertamente y para ser más claros con esto, los sujetos enfermos al “regresar” al mundo de los sanos, lo viven y lo discurren bajo otras condiciones, significados, normas y tiempos que hacen que la *“invisibilidad estructural de las personas liminares tenga un doble carácter: ya no están clasificados y al mismo tiempo, todavía no están clasificados”* (Turner, 1997, p. 106).

En síntesis, estas dos fases del ritual de paso con relación al Cáncer suponen la materialización de tres procesos transversales que dan cuenta a nuestro parecer, de las transformaciones que se materializan en lo humano, en lo no humano y en lo espacial a partir del hito territorial: 1) el cambio de la condición del sujeto, 2) la reconfiguración de otros emplazamientos que constituirán la vida cotidiana y 3) la constitución de un nuevo tiempo distinto al de los demás actores que no están enfermos. Lo primero, tiene que ver con el transitar de una experiencia de estar sano a una experiencia de estar enfermo, lo que representa la constitución de un sujeto diferente puesto que tiene otra apariencia como otro comportamiento; la segunda, muy conectada a la primera, ya que al transitar de un estado a otro, el sujeto no solo se enfrenta a raíz del Cáncer a espacios reconfigurados por este, ciertamente, moldeados en el ser y en el estar sino que también se enfrentan a “nuevos” e irreconocibles territorios como es el caso del centro

de tratamiento que es entendido como la correlación y relación entre la clínica, la casa, el cuerpo y el albergue que más adelante describiremos grosso modo.

Y lo tercero, tiene que ver con la demarcación de otros ritmos en el tiempo (Lefebvre, 1992), que inciden en la construcción y producción de otros tiempos, ya que no es el mismo tiempo el que habita cuando se está sano a cuando se está enfermo, evidentemente, es otro tiempo el que se materializa e impone, es un tiempo que se mide en términos prácticos no por el reloj occidental, sino por un reloj de arena simbólicamente hablando, ya que por ejemplo, un día en este mundo puede ser bien sea una semana, un mes o un año. Términos generales, se trata de un tiempo más largo que el tiempo normal y a su vez, es un tiempo que en términos simbólicos se construye con relación a otras particularidades que como hemos indicado previamente, están más vinculadas a las sensaciones del cuerpo habitado por la enfermedad.

Estos tres aspectos constituyen tanto la separación como la fase liminar en la medida que demarcan el sentido del sujeto, como el sentido y el valor del espacio habitado y compartido con los demás actores en lo que evidentemente se abre camino otra singular manera de ver los territorios posibilitados y construidos por el Cáncer, espacios que en este caso, se consideran “*interestructurales de las dinámicas sociales*” (Turner, 1997, p. 109) y eventualmente de las estrategias cómo se cultivan, gestionan y organizan.

En suma, estas dos fases a nuestro parecer permiten comprender e interpretar la manera como el enfermo y el territorio tras el hito territorial del Cáncer, se configuran y se reconfiguran significativamente diferente a como se encontraban establecidos antes del quiebre o ruptura metodológica y epistemológica motivada por el actor no humano.

2.3 El Cáncer: una manera en que los territorios de lo cotidiano se ordenan

“El espacio es la prisión original, el territorio es la prisión que los hombres se dan a sí mismos” (Raffestin, 2011, pp. 102)

El Cáncer entendido como un actor social no humano actúa sobre el espacio en tanto goza de una doble condición o carácter de agencia que le permite interferir física y simbólicamente en las dinámicas relacionales que se establecen entre los actores y el espacio de la vida cotidiana, sea la habitación, la cama, la casa, el barrio o la ciudad entera. La primera condición tiene que ver con la capacidad de agencia implícita en su impacto en la vida física y social de los actores,

y la otra referida a las prácticas y discursos de medicalización que se imponen posterior de su hito (diagnostico) a cada uno de los enfermos de manera particular. Y es producto de estos dos caracteres que paulatinamente este actor social no humano, proyecta acciones, experiencias, lenguajes, políticas, normas y símbolos que eventualmente modifican el uso, sentido y gestión de cada uno de los territorios de la vida cotidiana de los enfermos.

La coexistencia de ambos modos en que el cáncer se nos presenta permite en este caso, no solo dar cuenta de la incidencia territorial de este actor, sino y a su vez, percatarse de una serie de redes de lugares que se conectan a partir de la materialización del hito territorial, que implican por ejemplo, que el enfermo se encuentre ante una nueva ciudad, un nuevo barrio, una nueva vereda, una nueva comuna, y una nueva casa y habitación¹¹⁷ solo por mencionar algunos en la medida que como lo indica Yi Fu-Tuan (2007), el dolor como el Cáncer mismo que lo produce no son deseables, pero constituyen un modo de conocer el mundo o de ampliarlo más allá de lo *conocido y producido* por el actor” (Tuan, 2007, pp. 71. Las cursivas son mías) y a su vez, un modo en que el mundo y en consecuencia los espacios de la vida son gestionados y organizados.

Bajo esta perspectiva, es claro entonces que ya no es el sujeto que se hace así mismo su prisión como lo indica al principio de este apartado Claude Raffestin (2011), ya no es quien delimita una porción del espacio para hacerlo suyo, es el Cáncer que como un actor estructurante, establece condiciones en que los territorios se crean y se acotan proyectando una nueva o nuevas delimitaciones o prisiones sobre las cuales discurrirá la vida del enfermo a partir del hito (diagnóstico). Y son en últimas estas prisiones o delimitaciones que el Cáncer se hace a sí mismo, las que nos interesa en este capítulo describir e interpretar como una construcción de este actor no humano.

La prisión que se hace a sí mismo el Cáncer se materializa o se representa no solo en las metáforas guerreristas o políticas, a su vez, en lo que hemos denominado como el centro de tratamiento que es entendido como la correlación y relación entre la clínica, la casa, el cuerpo y el albergue en tanto son producciones y objetivaciones particulares de este actor. Esto quiere decir que la imagen y el proceso de habitar el territorio son una experiencia y extensión del Cáncer que pone en evidencia una de las tantas maneras en que los espacios se nos presentan y

¹¹⁷ Nueva específicamente en términos simbólicos y culturales, mas no en términos físicos o arquitectónicos. Aunque en ocasiones lo nuevo implica tanto lo simbólico, como lo físico.

se nos muestra en la vida cotidiana¹¹⁸. En consecuencia, el centro de tratamiento comprendido como una correlación de cosas, de lugares, de discursos, de prácticas, de objetos y de actores este no solo representa el espacio en el cual se trata esta enfermedad como se suele interpretarse, a su vez, representa o da cuenta de una continuidad y de una discontinuidad territorial que conecta una serie de marcaciones y/o prisiones construidas socialmente.

La continuidad espacial se refiere en este caso a la homogeneidad simbólica que constituye cada uno de estos espacios que literalmente parecen ser distintos, pero que por la proyección e intervención realizada por este actor sobre cada uno de ellos, sus dinámicas, sus formas, sus normas, sus prácticas y sus discursos se hacen comunes y similares en la medida que comparten una serie de patrones culturales predeterminados y establecidos por el Cáncer.

En el caso de Frédéric Giraut (2013) la continuidad se entiende como un *territorio multisituado*¹¹⁹, en la medida que la continuidad da cuenta de una serie de entidades espaciales asociadas y conectadas a lugares contiguos o no contiguos que comparten una objetivación social y cultural coherente, ciertamente, una territorialidad compartida que ha sido construida en función de una serie de estereotipos establecidos por la enfermedad. Lo multisituado entonces, funge como una especie de “ordenador” de la multiplicidad de territorialidades que comparten o llegan a compartir algún tipo de vínculo físico o simbólico.

A su vez, el centro de tratamiento representa una discontinuidad entre tanto la homogeneidad territorial en la cual el sujeto habitaba, frecuentaba y transitaba¹²⁰ antes del cáncer, se ve enteramente fracturada simbólicamente en la medida que este actor no humano impone otras reglas de estar y de habitar él y los territorios de la vida cotidiana, es decir, establece sobre la continuidad territorial construida por el sujeto, otra continuidad caracterizada por ser irregular y corrugada en términos de lo que representa para el sujeto ya que “*encuentra muy pocos o ningún atributo, tanto del estado pasado como del venidero*” (Turner 1980, PP. 104).

¹¹⁸ Podemos pensar, por ejemplo, que otras organizaciones en que el espacio se nos presenta es la lepra, las enfermedades mentales, el sida, la tuberculosis y los virus, así como también, la violencia, la guerra y la paz.

¹¹⁹ Para profundizar aún más en esta categoría territorial acuñada por el autor Frederic Giraut, pueden consultar en la web el texto: “*territorio multisituado, complejidad territorial y posmodernidad territorial: herramientas conceptuales relevantes para abordar las territorialidades contemporáneas*”. En este texto el autor ofrece una lectura política de esta categoría de análisis en función de los procesos de ordenamiento del espacio de ciudades fragmentadas por diversos espacios discontinuos de diferentes grupos sociales que se enredan literalmente en la aglomeración social.

¹²⁰ Se hace alusión, por ejemplo, a la oficina de trabajo, a la universidad, al colegio, a los medios de transporte, a las calles, a los lugares de ocio como los restaurantes, los cines, los parques y las discotecas entre otros.

En esta nueva continuidad y/o discontinuidad el actor enfermo no llega a encontrar ninguna relación o coincidencia, puesto que se ha desmontado o desterritorializado (Haesbaert, 2004) toda la estructura significativa y representativa que había sido construida por el actor en el marco del desarrollo de la vida cotidiana, ya que como lo explicamos en el ritual del paso, el enfermo se ve significativamente separado de dicha estructura, lo que lo obliga voluntaria o involuntariamente, a romper con cada una de las relaciones y representaciones construidas, puesto que el enfermo metafóricamente hablando, ingresa, a una nueva estructura construida por este actor no humano.

Como actor desterritorializado, nos referimos a ese actor que se encuentra en tránsito de una estructura a otra, y que, en ese viaje, no solo abandona su estructura personal y espacial de su vida, sino que también, asume las dinámicas instauradas en la nueva estructura, a través de la incorporación de las prácticas y discursos que se imponen como una estrategia de moldeamiento y ajuste del actor. De esta manera, el actor como el espacio apropiado por el Cáncer, pierde ciertas cualidades, rasgos y propiedades de su estructura personal y confidencial, por lo tanto, se hace otro y se hacen otros, en la medida que es otra la jurisdicción que se interioriza para ajustarse al nuevo funcionamiento coyuntural determinado por la enfermedad. Este proceso ambiguo de lo uno y de lo otro, representa un proceso de desterritorialización y reterritorialización (Vergara, 2017) en el que el actor abandona y a la vez se incorpora a una nueva estructura socio-espacial.

A raíz de lo anterior, es que el actor desterritorializado y reterritorializado no llega a encontrar en la nueva estructura familiaridad, correspondencia y confianza, puesto que no es quien actúa o proyecta las acciones sobre el ancho del espacio, sino que es el Cáncer, el encargado de objetivar y delimitar cada uno de los lugares de los enfermos, posibilitándoles tanto las relaciones como las asociaciones y trayectorias que se deben seguir como se muestra tanto en la ilustración 7 como en la ilustración 8. Fruto de esto, el enfermo va experimentando una sensación de disputa en la que es situado a espaldas o debajo de la nueva estructura, en tanto, no tiene participación ni incidencia simbólica ni física en esta inusual estructura que se le presenta a raíz de la materialización del hito de la enfermedad.



Ilustración 7 Estructura y continuidad territorial antes del Cáncer. Tamara Benjumea, 2016

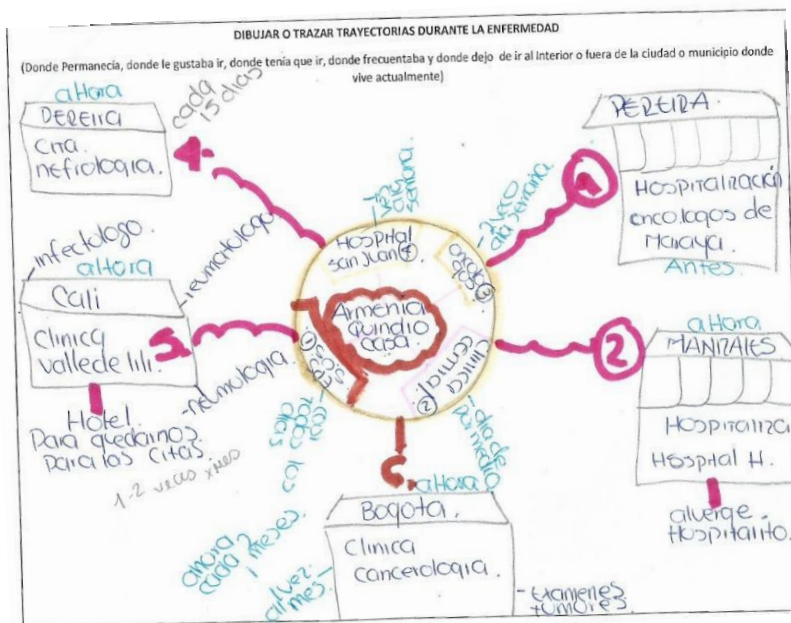


Ilustración 8 Estructura y continuidad territorial después y durante el Cáncer. Tamara Benjumea, 2016

Decir antes que nada, que ambas ilustraciones corresponden a un mismo enfermo¹²¹ y a un mismo espacio, pero como se observa, dan cuenta de apropiaciones, gestiones y organizaciones del espacio completamente distintas, ya que el espacio es vivido ya sea por el sujeto autónomo o por el Cáncer, que en este caso, este último, subsume al actor social posterior de su materialización.

En la ilustración 7, lo que se muestra por parte de la enferma, son los territorios frecuentados y significados por ella antes de la enfermedad, destacándose, por ejemplo, el jardín infantil, la casa, la familia, los amigos, una de las calles del barrio en la cual acostumbraba jugar con los amigos y el parque entre otros espacios representativos que constituyen su estructura y por tanto, su continuidad territorial dada, posibilitada y cultivada sobre la estructura social. Dicho en otras palabras, esta continuidad representa en palabras de Claude Raffestin (2011), la prisión que se dio a sí misma la enferma para la proyección de su vida cotidiana en el gran mundo y espacio que representa la sociedad.

Territorios que como vemos, desaparecen o en su defecto, son subsumidos en la ilustración 8 producto del efecto de la enfermedad en la estructura social y cultural de los actores afectados por este actor no humano; como consecuencia de la discontinuidad territorial que representa la nueva estructura gestionada y organizada por el Cáncer, en los cuales, los espacios se construyen a partir de otras circunstancias y de otros rasgos medicamente consolidados al interior del mundo de esta particular manera en que se presenta la enfermedad.

A diferencia de la ilustración anterior, en la ilustración (8), se contempla o se da cuenta de una territorialidad “*multisituada*” que conecta una singularidad y particularidad de lugares homogéneos que representan o engloban el mundo a modo del Cáncer y no a la manera del actor. Como se observa, son territorios posibilitados por este actor no humano, espacios singulares y particulares que no necesariamente deben estar contiguos para constituirse y emplazarse en una continuidad objetivada y representada por él.

Aquí, la enferma se interesó por destacar las clínicas, las ciudades, las dependencias donde la atendían en cada una de las clínicas que visitaba, los hoteles en los cuales se hospedaba, el

¹²¹ Niña con enfermedad o síndrome de behcet, también conocida como gastritis no especificada en estómago. Reside en Armenia, Quindío, Barrio Siete de Agosto. Vive en casa alquilada con sus padres y hermano. Antes de la enfermedad, también vivía con su perra Martina, ahora, vive con dos tortugas.

albergue, la EPS, los laboratorios clínicos o de imágenes diagnósticas, la casa e incluso el tiempo que los caracteriza o gobierna entre otros espacios. Territorios, que por una parte, comparten indudablemente, una construcción social y cultural que los vincula independientemente de la localización y de la escala física y de representación para el enfermo y, por otra parte, son jurisdicciones que simbolizan la fractura territorial que experimenta quien ahora es dominado por este actor.

Llama la atención de esta continuidad territorial facilitada por el Cáncer, por un lado la manera como la enferma, presenta los espacios que ahora constituyen su realidad y por otro lado, la ubicación de la casa, que en este caso, está situada en el centro del mundo posibilitado y construido por este actor. Esta jerarquización de la casa, como el centro, no sucede en la primera imagen, en la cual, la casa aparece a un costado del mundo de la enferma, inclusive, no llega a ser nombrada, ni a ser incorporada a la hora de esbozar o mostrar sus trayectos.

La casa, en este orden de ideas, ha estado antes de la enfermedad, debajo de la tierra, oculta y ausente en la continuidad territorial objetividad por el sujeto, es decir, la casa cuando se está sano, no tiene mayor preponderancia en el desarrollo y materialización de la vida social y cultural de los sujetos, ya que esta, se desenvuelve “normalmente” fuera de la casa. La casa entonces, es, en este orden de ideas, un espacio de soporte y de protección de sus huéspedes cuando estos no están fuera de ella.

No obstante, y a raíz de la incidencia de este actor, la casa, como otros espacios inferiores en la vida del actor cuando se está sano, pasan de estar abajo, a estar arriba, ya que el Cáncer, los interviene proyectando otras dinámicas que dan cuenta de otro modo cómo estos espacios se muestran, como estos territorios se viven y nos viven culturalmente. Ciertamente, pasan de ser ausencias a ser presencias territoriales (Nogué, 2011) representativas en la estructuración de lo cotidiano.

También es importante destacar el modo como las dos ilustraciones siendo de una misma enferma y por lo tanto, de un mismo espacio, dan cuenta de una multiplicidad territorial inimaginable, de una multiplicidad territorial en la cual es claro de entrada que el territorio no es homogéneo, que no está dado en sí y que este, no es el mismo para todos los actores humanos o no humanos que lo viven, lo transitan y lo frecuentan. Al contrario, y como lo justifican éstas dos ilustraciones, la construcción territorial deviene de una multiplicidad de hechos, de cosas,

de tiempos, de momentos, de emociones, de discursos y de prácticas que se proyectan sobre una porción del espacio.

Bajo esta perspectiva en que se presenta el territorio con relación al Cáncer, es claro en principio, que este no es entendido ni asumido en esta tesis, como un contenedor de relaciones, de sujetos, de objetos, o de disputas o de conflictos sociales, políticos o económicos. Al contrario, de acuerdo con Beatriz Nates, el territorio se asume como “*el espacio significado y para ello lo nombramos como calle, avenida, parcela, huerta, potrero, edificio, pueblo, ciudad, casa, parque, plaza, entre otras formas*” (Nates, 2011, pp. 210). El territorio, no es más que un acto u acontecimiento simbólico de apropiación y de delimitación por medio de acontecimientos significativos de una porción del espacio que se nos muestra, que se nos da, cuando el sujeto está volcado al mundo social. Significación y delimitación del espacio que tiene lugar entre otras cosas, por medio de las prácticas y discursos proyectados por cada uno de los actores sociales que frecuenta y habitan el gran espacio social y cultural como lo es, la sociedad bien sea urbana o rural.

En la cultura de los Yanaconas el espacio es entendido como lo “*bravo*”, puesto que representa lo virgen, lo salvaje y lo desconocido, y el territorio como lo habitado, lo poblado, lo sembrado, lo cultivado o en último término lo amansando (Nates, 2011). “Amansar” es un significar, un objetivar y un apropiar aquello que se presenta como lo “bravo”, es decir, como el espacio que se nos muestra en toda su inmensidad por primera vez.

El territorio en este orden de ideas, es una apropiación de quien lo habita, es un proceso simbólico de hacer suyo lo que es y ha sido de otros por medio de la proyección e intervención de lo que se es y de lo que somos en relación con ese espacio vivido, dicho en otras palabras, el gran espacio que se nos muestra (habitación, casa, barrio, vereda, comuna, ciudad y país) “*se humaniza, se hace culturalmente suyo para convertirlo así en entorno*” (Nates, 2011. p. 47). Y de esta manera, llamarlo o nombrarlo como lo propio, como lo suyo, ya que ha sido amansado y cultivado física y simbólicamente por cada uno de los actores.

Ese simple acto de cultivarlo bien sea a través de las prácticas o de los discursos, es lo que al final, posibilita romper con la línea que separa lo desconocido de lo conocido, lo ajeno de lo propio. Propio no como propiedad privada en la que se instauran cercos o muros; propio en el sentido más emotivo y sensible de la palabra, mío en la medida que ha sido construido social y

culturalmente paso a paso hasta sentirse identificado y representado en él, es decir, en el territorio.

El territorio es un espacio que ha sido apropiado por alguien o por un grupo humano (Giménez, 2005), es un espacio proyectado e intervenido histórica, social y culturalmente, es una porción del espacio que ha sido definida/delimitada por un sujeto (Monnet, 2008). El territorio en este orden de ideas, es el resultado de la representación, de la construcción y de la apropiación que él o los actores realizan de una o de varias porciones del espacio que se les muestra (Sosa, 2012), que se les da en un momento específico como es aquí el caso del centro de tratamiento.

Ahora bien, no es aún territorio para quienes lo visitan, es un espacio desconocido que produce diversas sensaciones y emociones pero que es a partir de ello y de la cronicidad con la cual lo frecuentan, lo habitan y lo viven, que el enfermo a través de las prácticas y de los discursos que en referencia a sus intereses (económicos, políticos, sociales culturales e históricos) y emociones (tristeza, felicidad, temor, rabia, vida, muerte e incertidumbre) lo representa, lo construye, lo imagina, lo conoce, y finalmente lo apropia.

De ahí entonces que el espacio es la materia prima que antecede a cualquier acción (Raffestin, 2011 pp. 102), es la piedra sobre la cual los escultores de mármol tallan sus anhelos, o es la pared que es pintada por la comunidad mediante los murales, o es la casa que es organizada, gestionada y planificada por quien la habita o es la habitación de la clínica que ahora es el segundo hogar fraternal del enfermo. Dicho en otras palabras, el territorio, es lo que sigue después de un dejarse ser en el espacio, de un desbocarse simbólicamente en el espacio por medio de las pasiones, de los deseos, de los encantos, de los sueños y de los temores.

El territorio es entonces, un existir o como refiere Bernardo Mançano Fernandes (2008), el territorio es la manifestación máxima de la existencia humana y no humana, ya que es allí, en donde se desembocan todas las acciones, los poderes, las fuerzas, las debilidades y en último término, en el que se inscribe la historia del hombre plenamente materializada y vivida (Mançano, 2008, pp. 10).

En síntesis, el espacio apropiado en este caso, corresponde a una manifestación y materialización tanto de las fuerzas e imposiciones médicas del Cáncer, como de las emosignificaciones (Vergara, 2017) proyectadas y construidas por cada uno de los actores

sociales afectados por esta singular enfermedad. Se encuentra entonces, que el territorio es producto de una disputa simbólica y física que se organiza entre los actores humanos y los actores no humanos, lo que facilita evidentemente, la consolidación y producción de una disposición espacial “inédita” que se gestiona y se organiza diariamente en lo cotidiano.

Lo anterior, deja claro de fondo, primero; que el territorio no es sinónimo de espacio, ni reflejo de este, como vimos es una construcción y apropiación realizada por los actores y segundo, que el territorio debe poder pensarse y verse no como una delimitación homogénea y dado para todos, esto le corresponde al espacio, sino como una multiplicidad de acotaciones, demarcaciones elaboradas por cada uno de los sujetos y actores no humanos que lo habitan, lo frecuentan, lo transitan, lo visitan, lo huelen, lo respiran e incluso lo piensan y lo imaginan. En efecto, el territorio existe en la medida que un actor social bien sea este, humano o no humano, constantemente lo está practicando y nombrando en unas condiciones particularidades y singulares (Monnet, 2008).

De acuerdo a lo anterior, puedo decir, que nos estamos refiriendo al mismo espacio, por ejemplo, al centro de tratamiento (en especial a la correlación de lugares), pero no con esto, nos estamos refiriendo al mismo territorio, ya que para cada uno de los actores que lo habitan y que los frecuentan, este espacio se organiza de múltiples modos, ya que es gestionado por los actores con relación a sus emociones vinculadas a la enfermedad. A pesar de ser la misma clínica, el nombramiento no llega a homogeneizarse entre ellos, al contrario, este es heterogéneo entre ellos, es decir, varía con relación a la experiencia vivida por cada uno de ellos. Veamos a continuación algunas apreciaciones o relatos de los enfermos que dan cuenta de ello:

Oncólogos de occidente significa para mi otra oportunidad de vida, otra calidad de vida
(Ernesto Rojas, 2016).

Sí, ya conocía Oncólogos, yo creo que yo hacía lo que hacíamos muchos, que es como que pasaba por Oncólogos y es como que no pasara por ningún lado, como si no hubiera nada, como los caballitos que caminaban tapados, como que no hay nada. El susto más aterrador fue cuando lo remiten a uno de la EPS, para ir allá. Yo evito ver Oncólogos, porque la palabra Oncólogos es fea, y más que esta tan grande Oncólogos, por favor, y el simbolito así, eso da miedo y hasta mata. Además, uno cuando va a Oncólogos, es como ir a un lugar muy aislado. Yo cuando comencé mi tratamiento de quimioterapia, lo inicié en la antigua SaludCoop, y no era tan traumático asistir, pues estaba en el sector de las clínicas, uno no se sentía tan incómodo o extraño. Pero ahora que uno solo va a Oncólogos, que está lejos del sector de las clínicas, entonces uno entra y es recepción, quimioterapia, sala de quimioterapia, entonces, como si me entiende, es extraño y más ahora, código azul, un poco de luces, entonces como que uno Dios.

La palabra Oncólogos como Cáncer son aterradoras. Es traumático el ir allá (Eleonor Ballesteros, 2016).

A Oncólogos lo llamo “el moridero” (Bettina Martínez, 2016)

Para mí Oncólogos del Occidente es como si fuera una familia para mí, un gran hogar (Matilde Vargas, 2017).

Oncólogos lo llamo mi segundo hogar, y mi casa mi primer hogar, este es mi segundo hogar y este es mi hogar (mostrando la casa en el dibujo) donde está mi familia, aquí es donde está mi familia de sangre y acá es donde está mi familia, pero no de sangre, si no mi familia fraternal (Mercedes Cifuentes)

¿Me gusta algún lugar de Oncólogos de Occidente? no ninguno por el simple hecho de que allí me trataron una enfermedad catastrófica terminal. Pero en especial lo que no me gusta es la sala de quimioterapia y de radioterapia, allí sí sufrí mucho. Por ejemplo, la sala de quimioterapia no me gusta porque me dio muy duro y en la de radioterapia, porque es muy estresante uno estar ahí tanto rato con esa máquina, es incómodo, además, tenía que ir todos los días, entonces uno como que se cansa de eso (Mercedes Cifuentes, 2016).

La única parte donde no me gustaría volver es a la sala de braquiterapia, porque es un lugar horrible, eso entraba uno por un pasillo y eso era todo frío, uno entraba a una pieza como oscura, en la que hacía mucho frío, lo acostaban en una camilla como donde acuestan a los muertos; ay no, eso era horrible, que a lo último soñaba con el doctor y me subía fiebre y todo (Matilde Vargas, 2017).

No me gusta ir a Oncólogos porque yo pienso que uno relaciona a los lugares con ciertas cosas, por ejemplo, yo relaciono la clínica con mi tratamiento, de momento no es tan malo, pero las reacciones y los efectos secundarios son muy malos, entonces, yo empecé a relacionar ese lugar con el tratamiento. Entonces no me gusta ir allá, así no vaya para eso (tratamiento), así sea solo ir a autorizar algo, a mí me comienza como la maluquera (Bettina Martínez, 2016).

Estos enfermos entre hombres y mujeres, con distintos tipos de cáncer se refieren a un mismo espacio, es decir, están intentado describir qué representa para cada uno de ellos la clínica de Oncólogos de Occidente en la cual son tratados o fueron atendidos. Y como vemos, hay una multiplicidad de acotaciones en base a los significados que cada uno de ellos ha construido de la clínica, ciertamente, una multiplicidad de nombramientos que no quieren decir que no estén haciendo alusión a la misma clínica, al contrario, es la misma clínica, pero esta es organizada, delimitada y gestionada de diversos modos a partir claro está, de la experiencia particular de cada uno de los enfermos. Experiencia que en este caso, deviene de las emociones cultivadas bien sea por la enfermedad o por el tratamiento oncológico al cual se encuentran sometidos.

Esta multiplicidad de maneras en que se muestra la clínica, varía en relación o en correspondencia a la experiencia vivida por cada enfermo que la habita, que la frecuenta y que la vive. Y es a partir de la experiencia buena o mala (oportunidad de vivir o inminencia de la muerte) que los actores significan y delimitan la clínica oncológica, en otras palabras, Oncólogos de Occidente es construido social y culturalmente como un territorio propio o como un territorio desconocido y temeroso producto de la experiencia individual de cada uno de los enfermos¹²².

El dolor, el frío, las náuseas, la maluquera, la incertidumbre, el encierro, el aislamiento, la tristeza, la alegría y la incomodidad son de acuerdo con los relatos anteriores, algunas de las emociones o sensaciones físicas o simbólicas del cuerpo que constituyen las prácticas y los discursos a través de los cuales al final de cuentas, los enfermos construyen o no, una relación representativa con cada uno de los espacios de la clínica o en su defecto, con cada uno de los espacios posibilitados por el Cáncer.

Cada espacio o lugar de la clínica es vivido o habitado por los enfermos a partir de las sensaciones o reacciones que experimentan en cada uno de ellos; si la sensación es buena, por ejemplo, el tratamiento ha contribuido a mejorar la salud y en consecuencia, la cálida de vida del enfermo, en función de ello, se objetiva el espacio, como ha sido el caso de Mercedes Cifuentes que describe la clínica como *“mi segundo hogar”*. Aquí *“mi”* representa el sentido de apropiación de espacio como un territorio propio, como un territorio en el que confía por lo que este territorio le ha brindado o le brindara, que en este caso, tiene que ver con la esperanza de seguir viviendo.

Pero si la experiencia es negativa, vale decir, que los tratamientos y en la enfermedad en sí en vez de contribuir a la esperanza de vida, han contribuido a la desesperanza puesto que no han ayudado a mejorar la calidad de vida y al contrario, lo que han ocasionado es el detrimento de la salud del enfermo, es en relación a ello, que el espacio es significado, como fue el caso de Bettina Martínez quien se refiere a Oncólogos de Occidente como un *“moridero”*¹²³.

¹²² Recordemos que tanto la muerte como la vida, representan a nuestro parecer, estructuras territoriales en tanto dan cuenta de una serie de hechos y discursos simbólicos, sociales, políticos, culturales y familiares que interfieren en la manera en que los territorios se organizan y gestionan en la vida cotidiana. Dicho de otro modo, ambas disposiciones influyen y moldean significativamente el territorio apropiado por el sujeto que se encuentra en medio de esta experiencia.

¹²³ La expresión moridero que utiliza la enferma no hace alusión a los métodos médicos utilizados por la clínica Oncólogos del Occidente para tratar la enfermedad, la expresión es la utilizada para hacer alusión a la experiencia en sí del Cáncer, en la cual, para ella, todo lo que tiene que ver con esta enfermedad está estrechamente relacionado con la muerte, con la desesperanza y con el dolor; más no con la esperanza y la vida.

“Moridero” a diferencia de “mío” da cuenta de un rechazo, de una inexistencia del espacio de la clínica, como un territorio familiar y de confianza, en el que, no se llega a sentir representado o identificado, aquí entonces, no hay lugar a esa relación de vínculo, sino, más bien, de rechazo indudable.

Los relatos y narrativas citados reafirman la idea de que el territorio existen en la medida que le *corresponde*¹²⁴ mutuamente un actor humano o no humano, un sujeto, un objeto, un discurso (Monnet, 2008) o en su defecto, varios actores o discursos que constantemente lo nombran y lo acotan a su manera. El territorio no es solo cultivado por los enfermos que en el momento habitan y frecuentan la clínica, ya, otros enfermos que ahora no están en cuerpo presente en la clínica como mi padre o los amigos de mis amigos, lo han nombrado y lo han producido a su modo y en su momento puesto que, recordemos, el territorio es el espacio en el que se inscribe la historia de los actores.

Lo anterior lo que quiere decir, es que no hay un solo emplazamiento “bravo” en el mundo, cada uno de ellos ha sido delimitado y amansado por otros actores humanos o no humanos que lo habitaron y lo frecuentaron en un tiempo y en una circunstancia específica¹²⁵. En su defecto es virgen o “bravo” solo para quien llega y se percata de ellos por primera vez, como es el caso de Alberto Pereira, “*no lo había escuchado Oncólogos de Occidente, una vez solo pase por allí, pero no sabía qué era eso, si pase muchas veces por ahí, pero no sabía que era*” (Alberto Pereira, 2016), pero pasados los días y los meses, este no solo deja de ser un territorio desconocido, sino una construcción determinante en el desarrollo de la vida cotidiana del enfermo.

Al respecto afirma Nelson Vergara, “*el territorio es siempre mi espacio o el espacio de los otros*” (Vergara, 2009, p.p. 235), ya que existe una correspondencia territorial que se hila en tiempo y espacio entre los actores humanos o no humanos con el espacio y a su vez, nos advierte

¹²⁴ Hay entonces una correspondencia clara entre los sujetos y el espacio apropiado, un relación horizontal que se elabora precisamente a raíz de la simbiosis entre cuerpo y territorio de la cual ya hemos hecho alusión, y es allí, en esa simbiosis en la cual el sujeto o los actores y el espacio se “*transgreden mutuamente*”, ciertamente, se construyen conjuntamente ya que no es solo el territorio construido, a su vez y simultáneamente es el sujeto o el actor humano o no humano construido por este, hablado por la clínica, por la habitación, por la sala de espera, por la sala de quimioterapia o de radioterapia. La transgresión en los mejores términos de su uso, se refiere a ese construirse conjuntamente uno al otro, tanto el sujeto incide simbólicamente en la delimitación, así como el territorio mediante las normas y reglas culturalmente allí establecidas, influye y en ocasiones llega a transforma los intereses y los anhelos de quien lo habita tatuando (Vergara, 2017) aquellos hechos significativos en la memoria el sujeto. Esto quiere decir, por una parte, que tanto el sujeto como el acotamiento, son resultado de las relaciones y por otra parte, ambos son productores de las prácticas y de los discursos que significan las relaciones.

¹²⁵ Entre los actores no humanos podemos nombrar entre otros, a los espacios arquitectónicos que fueron construido para aislar del mundo social y normal a los enfermos mentales y que posterior, fueron utilizados para aislar a los leprosos y más adelante, para tratar a los tuberculosos.

que no hay un espacio virgen, no hay un espacio desconocido o no hay un espacio que no haya sido habitado y delimitado, todo espacio por nuevo o inusual que parezca para quien lo visita por primera vez, ya ha sido objetivado y construido social y culturalmente por otros sujetos, actores o grupos humanos por medio de las prácticas y de los discursos.

El territorio en este sentido es objetivado, ya sea mediante las prácticas o mediante los discursos de los actores; las primeras porque el territorio no es más que una experiencia del cuerpo, es una estar ahí, un hallarse ahí, un encontrarse siendo constructores del y construidos por él ahí (Vergara, 2009, pp. 235). Y la segunda, no es necesario siempre encontrarse allí habitando el espacio para significarlo, ya que el discurrir, el hablar y el estar conectado cognitivamente con una construcción social en particular da cuenta de la significación y delimitación del mismo.

En términos generales, *“el territorio es fundamentalmente donde ocurren hechos significativos para los actores sociales, sean estos de índole productiva, simbólica, psicológica o una combinación de todos estos hechos”* (García, 2008, pp. 24). Y son por lo tanto estos hechos o acontecimientos (buenos o malos) que al vivirse o experimentarse en un espacio en particular, impulsa o motiva aún más a los sujetos, actores o grupos humanos a objetivar, significar, cultivar y amansar el espacio o los lugares de tránsito. Y es allí, en el que las prácticas y discursos tienen sentido, pues interfieren proyectando sobre dicho espacio los intereses y significados de quien los habita, de quien en el momento los vive como suyos.

El territorio, en este caso se vive como una significación y producción del Cáncer, ciertamente, es la cárcel que esta enfermedad se hace así mismo y que se extiende a los demás sujetos, actores o grupos humanos y espacios mediante diversas estrategias que se agrupan en las prácticas y discursos de medicalización. En efecto, el territorio al asumirse como una significación, como una objetivación y como una construcción de quien lo habita y lo frecuenta, posibilita no solo comprender cómo este actor no humano delimita y marca los espacios de la vida cotidiana de los sujetos, sino que a su vez, es factible vislumbrar la experiencia territorial de vivir con cáncer.

En términos generales, el territorio aquí se entiende, como una construcción que se encuentra mediada tanto por los actores sociales como por los actores sociales no humanos como lo es el Cáncer y de cada uno agentes (tratamientos oncológicos). En el caso del Cáncer y de los agentes, el territorio no es más que su representación y materialización en la medida que en ambos casos, se establece como una manera no solo en que se construye, sino también, en que

se delimita y habita cada uno de los lugares apropiados. Y finalmente, y en el caso de los enfermos actores sociales territorializados por la enfermedad, el espacio se vive como una sensación y emosignificación vivida física y simbólicamente por el cuerpo y en consecuencia de ello, lo que vive el cuerpo, lo experimenta simbólicamente el territorio habitado.

2.3.1 La clínica. El nuevo centro y sensación de estar de espaldas a los territorios



Imagen 9. La clínica y la sensación de estar de espaldas al mundo real. Fotografía Ingrid Bonilla, 2016

No me gustan las habitaciones de Oncólogos del Occidente porque estoy aislada, pero una vez me dejaron salir por tres minutos al mirador de la cafetería y me sentí de nuevo en mi mundo, a pesar de que solo veía puros carros y algunas personas caminando. (Tamara Benjumea, 2016).

Tras haber hecho este recorrido en el que se dio cuenta de una estructura producida por el Cáncer, de un ritual de paso por medio del cual el enfermo se percata de las objetivaciones realizadas por este actor y finalmente, tras haber dado cuenta a grosso modo de cómo se asume el concepto de territorio en esta investigación podemos ahora si pasar a describir e interpretar

en términos prácticos los territorios construidos, posibilitados y organizados por este actor no humano.

Quizás, el camino hasta este punto ha sido epistemológicamente necesario en tanto, no era factible pensar en las demarcaciones territoriales de un actor social no humano en un mundo que ha sido pensado a la medida de los humanos, máxime aun cuando el concepto de territorio se ha estudiado con relación a las acotaciones que realizan los sujetos o actores humanos en una porción del espacio. En este sentido, considero que era necesario hacer este recorrido para así, presentar lo que a nuestro parecer, son las continuidades y discontinuidades territoriales que demarca este actor no humano en los territorios de los actores humanos.

En los hallazgos de la investigación se ha considerado por los enfermos y por los asistentes médicos a la clínica y a la casa, como los ejes centrales del nuevo mundo o realidad gestionada por el Cáncer. Tanto la clínica como la casa antes del Cáncer eran territorios discontinuos para los sujetos ya que no aparecían en los territorios que frecuentaban, que visitaban y mucho menos, que habitaban simbólicamente; eran al contrario de ello, territorios deshabitados que no incidían, ni influían en la producción y cultivo de la ciudad, del barrio, de la comuna y de la vereda, dicho en otras palabras, no tienen preponderancia en la producción de la vida social y cultural en general de los actores. Incluso, varios de los enfermos cuando les mencionaron la clínica de Oncólogos del Occidente, no eran conscientes de lo que les estaban hablando como lo deja ver los padres de Miguel Sanabria:

¿Si conocíamos a Oncólogos o si lo habíamos escuchado?, no ninguna de las dos. Apenas lo conocimos cuando nos tocó llevar Miguel, es más, cuando nos mencionaron que van para oncólogos, no entendíamos de qué nos estaban hablando (Padres de Miguel, 2016)

Ahora, no solo son conscientes de la clínica, si no que a su vez, la ubican en sus cartografías (ver ilustración 9) como un territorio esencial y clave para la construcción y desarrollo de la vida cotidiana, tanto así, que no solo aparece de primera o de segunda en la jerarquía de los territorios más importantes y más frecuentados por los enfermos, si no que a su vez, para algunos enfermos, la clínica se estableció como su segundo hogar, como su segunda casa de descanso y de tratamiento desde la cual se han percatado de otras estructuras y modos en que se organiza y se representan los territorios y en su defecto, la estructura social.

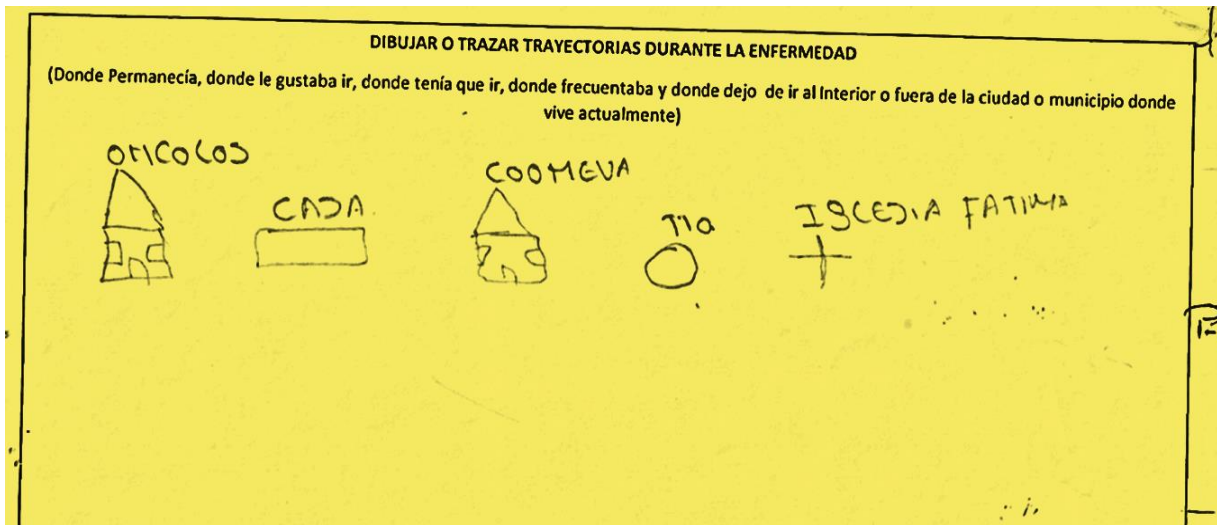


Ilustración 9 La jerarquización de la clínica. Matilde Vargas, 2016

Como se observa en la ilustración 9, Oncólogos de Occidente que en este caso ha sido la clínica objetivada por el Cáncer y es a la cual fue remitida Matilde Vargas a partir del diagnóstico o hito de su enfermedad, está ubicada de primera en la jerarquía de los territorios más importantes y más frecuentados durante y después. Y esto, en parte, se debe a la incidencia que este actor tiene sobre las acciones, prácticas y discursos de los actores humanos, ya que implanta una serie de patrones de medicalización potentes a nivel multidimensional (cultural, social y simbólico) que van moldeando y transformando, el entramado reticular de los territorios de la vida cotidiana de cada uno de los actores afectados por el Cáncer, como es aquí el caso de Matilde Vargas y de otros enfermos que han participado de esta investigación.

Lo anterior, sugiere, que las prácticas de medicalización son una manera en que se controla y se gestiona a quien es perturbado por la enfermedad (Foucault, 1974) y a su vez, son una estructura que impone modos en que se organiza el espacio vivido del sujeto. Casi, que sin el consentimiento del equipo médico, el enfermo no actúa, no habla, no viaja, no se asocia, no camina, no juega y no tiene relaciones sexuales o simbólicas con el vasto espacio que se le presenta.

En este sentido, las prácticas de medicalización actúan en una doble vía, tanto sobre el enfermo, como sobre los espacios vividos y frecuentados por el enfermo como lo refleja la cartografía de Matilde Vargas. En síntesis y de acuerdo con Yi Fu Tuan (2007), las prácticas de medicalización representan en términos territoriales para el enfermo, una *contracción territorial*, en la cual, el

horizonte espacial se le disminuye a ciertos espacios, como lo son la clínica, a la casa, a la EPS y la iglesia¹²⁶ solo por mencionar algunos espacios¹²⁷. Las restricciones de visitar un espacio o no, varían evidentemente, de acuerdo a la condición o a las circunstancias de vida en las cuales se encuentre el actor social.

Bajo estas circunstancias, estas prácticas no solo deben ser leídas e interpretadas a mi parecer como una pérdida tanto de la autonomía como de la libertad espacial a la hora de transitar y cultivar el o los territorios, sino además de ello, como una clase de reducción o pérdida del yo, o como lo llama Erving Goffman (2001) se profanan las encarnaciones del yo, lo que fractura la relación habitual entre el actor en sí y sus actos (Goffman, 2011, p 46) como lo evidencian los siguientes relatos:

Cuando el enfermo está hospitalizado en la clínica deja de ser quien es, su yo desaparece ya que somos nosotros quienes asumimos ese yo por medio de las prácticas de medicalización. Y de esta manera controlamos todo (Alfredo, 2016)

Durante la hospitalización el mundo me cambio mucho, me cambió mucho, yo no era el mismo de antes desde la primera salida que tuve de acá de esta clínica. No era el mismo Ernesto alegre, yo vi el mundo muy diferente, el mundo me estaba enfocando una nueva vida, un nuevo sentido, nuevas alegrías y nuevas normas. (Ernesto Roja, 2016)

Fruto de estas “nuevas disposiciones médicas con impacto social y territorial” al enfermo le han impuesto una restricción multidimensional en la que le han retirado su “yo”, así, como cada una de sus obligaciones y deberes que tenía asignadas al interior de la estructura y sobre las cual nombraba, organizaba y ponía en práctica su visión de mundo y en consecuencia, del espacio mismo. Y a su vez y de forma paralela, le ha sido cohibido la visita o tránsito por una serie de territorios representativos y preponderantes hasta el momento para su vida como lo son solo por mencionar algunos el lugar de trabajo, el lugar de estudio o de formación, los lugares de recreación social y/o cultural y los lugares de encuentro con el vasto mundo fuera del cuerpo y de la casa como lo son en definitiva el barrio, la vereda, la comuna, la ciudad y el país entero en

¹²⁶ En otros casos en los cuales estas políticas han sido más radicales el mundo de los actores humanos ha sido reducido a la habitación, a la cama y a la ventana con el agravante de que esta pequeña estructura posibilitada por este actor es vivida y habitada por el actor de manera horizontal y no de forma vertical como estaba acostumbrado a hacer antes del cáncer, es decir, el mundo es producido, nombrado y objetivado desde la inmensidad de la cama.

¹²⁷ Pero a la vez creemos que los enfermos se enfrenta a una expansión territorial, puesto que el Cáncer implica un conocer y transitar por nuevas delimitaciones y demarcaciones antes no pensadas y no vistas como lo son la Clínica, el albergue u otras ciudades solo por mencionar algunos casos.

la medida que son espacios que pasan paradójicamente de estar arriba a estar abajo producto del nuevo orden político-simbólico-administrativo territorializado por el Cáncer.

La clínica, o la Unidad Oncológica¹²⁸, como normalmente son nombradas y conocidas a nivel internacional y nacional estas Instituciones de atención de enfermos de cáncer, son entendidas de acuerdo con Michel Foucault como “*la reorganización en profundidad no solo del discurso médico, sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad*” (Foucault, 2012, PP. 21), y a su vez, como la posibilidad extraña e inesperada de un lenguaje sobre el mundo, sobre la realidad y sobre los espacios acotados y delimitados por los sujetos¹²⁹. La clínica oncológica en esta medida, representa física y simbólicamente no solo un nuevo lenguaje, sino también, un nuevo orden estructurante tanto de la vida del enfermo, como de los territorios significativos y representativos de cada uno de los actores que se ven afectados por esta particular enfermedad.

Tanto así que a pesar de ser el mismo espacio sobre el cual continua viviendo, frecuentando y habitando, para el enfermo, se trata de una nueva representación y proyección del territorio, de una nueva imagen, forma y modo en que se organiza, piensa, camina y gestiona una porción del vasto espacio, ya que la clínica vista como una organización del discurso médico y como lenguaje sobre la enfermedad, no solo se materializa y territorializa al interior de la misma como un nuevo orden, sino que a su vez, se extiende de manera potente sobre los demás territorios constituyendo continuidades multisituadas asociadas a las prácticas de medicalización posibilitadas por el Cáncer¹³⁰.

Estructuras constituidas por una serie de territorios en los cuales no hay tiempo, porque no hay vida (Quevedo, 2014) y si hay tiempo, este va muy lento o a veces ni avanza; en los cuales el día y la noche se confunden fundamentalmente cuando el enfermo en su habitación no tiene ventana y deja de estar conectado al mundo exterior, al mundo real; espacios en los cuales los

¹²⁸ Las clínicas oncológicas o unidades funcionales como se conocen en Colombia se encuentran reglamentadas por diferentes resoluciones y leyes, pero en especial por las resoluciones 1477 de 2016 y la 1419 de 2003, por medio de las cuales no solo se establecen los criterios, estándares y procedimientos de habilitación de las Unidades Funcionales de Atención en Cáncer infantil o de adultos, sino que a su vez, avanzan justamente en la configuraciones de redes domésticas, vecinales, comunitarias, familiares, locales, regionales, nacional e internacionales de atención y cuidado del enfermo de cáncer.

¹²⁹ Por otra parte, la Clínica para Quevedo (2014) responde a un régimen estricto de prácticas de medicalización, cuyo único fin físico es alcanzar la normalidad, equilibrio y en último término la salud del enfermo y en esa misión o guerra contra el mal ajusta a su manera e interés el mundo social, económico, cultural, político y espacial del enfermo.

¹³⁰ Prácticas de medicalización que en este caso tiene que ver con 1) el aislamiento territorial construido, 2) las restricciones internas y externas en términos sociales, culturales y económicas, 3) un nuevo tiempo que se teje al interior de la clínica y que se expande por toda la territorialidad construida por el cáncer y finalmente 4) el establecimiento de rutinas administradas, controladas y vigiladas. Prácticas que en consecuencia reducen el obrar y el hacer del sujeto en y en los territorios, así como también van posibilitando otros territorios.

días de lunes a domingo se viven como si fueran un mismo día, como lo evidencia Ernesto Rojas (2016) *Todo era igual, todo era lo mismo, no había ningún día que cambiara, todos los tres meses en la cama, tirado en una cama* (Ernesto, 2016), quizás la única variación que podía llegar a sufrir un día era por ejemplo, cuando se tenían que sacar nuevos exámenes o cuando se realizaba alguna celebración, pues lo uno o lo otro por pequeño que fuese, implicaba que el enfermo literalmente saliera de la rutina administrada por la clínica (Goffman, 2001). Eso sí, cambio de ritmo que se daba o se materializaba, bajo nuevas recomendaciones e instrucciones médicas.

Territorios en los cuales el sol y la lluvia ya no son reconocidos fácilmente, ya que quien está de espaldas al territorio exterior permanece bajo la oscuridad de la habitación perdiendo la familiaridad tanto con sol como con la lluvia; los objetos no humanos como el pato, el atril y los medicamentos que constituyen la habitación de la clínica son nuevos y extraños, pero con un gran dominio y relevancia sobre el estar, sobre el pensar y sobre el discurrir del enfermo en la clínica y demás espacios de la vida cotidiana.

El estar de espaldas

Siendo así, la clínica no solo responde a la organización de un discurso médico y práctico alrededor de la enfermedad, no se reduce a esto y no la podemos reducir a una construcción discursiva máxime cuando su participación en la vida cotidiana de los enfermos es medular y preponderante como hemos visto hasta ahora, en la medida que es una realidad circundante que quiebra con la realidad simbólica y homogénea del sujeto, ciertamente, es una realidad que se interpone como una clase de palimpsesto en la relación que se construye entre el sujeto y sus actos y en consecuencia, que se interpone entre el sujeto y el espacio producido social y culturalmente.

Entre otras cosas, esto quiere decir, que el enfermo ya no participará de la producción y organización territorial en tanto ha sido profanado, en su mayor parte, su mundo, quedando a espaldas de este, sin embargo no sobra decir, que dicho mundo en su superficie conserva algunas huellas elaboradas por los actores, huellas o escritos que en último término mantienen la relación estrecha de familiaridad con los espacios. No obstante, ya no es quien determina los modos y las maneras como la casa, la habitación y la cama se apropian y se viven, sino que es el Cáncer quien de ahora en adelante erige la relación de los actores con sus actos y por consiguiente con

los espacios de la vida cotidiana, como lo indican los padres de Miguel Sanabria en el siguiente relato:

Una de las recomendaciones más difíciles fue aislarlo de todos, inclusive en su propia casa debía permanecer aislado en lugares específicos, su habitación, el baño y la sala. Solo salía a la sala cuando íbamos a compartir con él, de lo demás permanecía solo en su habitación. Esto también implicó regalar las mascotas que tenía, otras encerrarlas en rejas. A pesar de ser duro este proceso, fue muy bueno al final, por así se evitaba algún tipo de contagio de otro tipo de enfermedad o bacteria”.

Tanto la clínica como los demás territorios que han sido cultivados por las prácticas de medicalización de acuerdo con Erving Goffman constituyen un mundo autónomo, que como vemos, subordina paulatinamente el mundo exterior del enfermo (Goffman, 110). Y subordina el o los territorios del sujeto puesto que son territorios que se objetivan en sí mismo en relación con la nueva estructura que predomina, que se impone por medio de las instrucciones, de las recomendaciones, de las indicaciones, de las restricciones y de las prohibiciones en todas las dimensiones de la vida del sujeto, influyendo esto tanto en las maneras de habitar, como las formas y modos de delimitar los territorios.

La clínica, en este orden de ideas, se establece como una manera en que la estructura de la sociedad y de la realidad se ve, se observa, se vive, se ordena y se habita. En efecto, la clínica representa en este caso una condición o carácter inverso en que el o los territorios se nos dan y se nos muestran en lo cotidiano. Es toda una estructura viva que está del otro lado de esta estructura (de la que yo me encuentro como sujeto sano), pero que influye multiescalar y multidimensionalmente en la forma como se organiza y se gestionan socialmente los espacios del mundo exterior e interior. De ahí, que los demás territorios como la casa, la habitación, la ciudad y el cuerpo se comienzan a experimentar como una extensión de las dinámicas de la clínica, de las normas y de las prácticas establecidas allí.

Evidentemente es una nueva organización y representación del mundo que es materializada en virtud de la profanación por parte del actor no humano del yo de los actores sociales, profanación del yo, que implica en este caso, la proyección de un condición de ser y de estar sobre el vasto espacio que hemos denominado *estar de espaldas*, en la cual, los actores sociales mantienen una realidad física más no simbólica con el espacio o realidad habitada, ambiguamente se edifica una relación con el mundo en la cual el actor social se vincula con el resto del mundo desde una

suerte de negación del mundo, lo que genera u ocasiona que los enfermos, experimenten la sensación de estar literalmente alejados, distanciados y subsumidos a las particularidades, interés, normas, y circunstancias establecidas por este actor no humano. Es decir, a las dinámicas y estrategias de apropiación y producción territorial.

Dicha sensación o carácter de estar en el mundo se elabora a raíz de que el sujeto es separado de su antigua condición, de su antiguo estado y de su antigua posición en la que se encontraba en y con los territorios. Posición en la cual el sujeto o el actor social estaba de frente a los territorios ya que era quien los amansaba y los cultivaba con base en sus intereses, anhelos, sueño y hechos más representativos.

Ahora bien, y a raíz del Cáncer y producto de las prácticas de medicalización no solo se jerarquizan los espacios de la clínica a la casa, sino que además, el actor social metafóricamente hablando pasa a estar *de frente a estar de espaldas* a los territorios en tanto ya no es quien significa el espacio, ya no es quien los acota y los nombra¹³¹. De esta manera, podemos plantear la existencia de una negación físico-simbólica del territorio del enfermo, puesto que la construcción de mundo proyectada por el Cáncer subsume los espacios y delimitaciones significativas de los actores sociales, es decir, y como ya lo hemos dicho, estos quedan debajo de los territorios que antes ni existían para el enfermo como lo son solo por mencionar algunos la clínica y el albergue.

De esta manera, los territorios son gestionados y organizados por este actor no humano, mas no por el sujeto, el sujeto enfermo ahora los vive, los habita y en ocasiones, los hace suyos por diversos rituales, dicho en otras palabras, los ajusta en la medida de que los conoce y se ha familiarizado con ellos. Pero es el actor no humano quien dispone de ellos, como dispone del cuerpo y ese disponer representa un negar el territorio del otro, en este caso del enfermo y ese negar en consecuencia¹³² genera en el enfermo, que este viva sus propios territorios incómodo,

¹³¹ Estar de espaldas significa en síntesis una pérdida de la autonomía territorial y espacial con la cual se nace y se habita al llegar al mundo o al gran espacio. Ya, por ejemplo, el bebé que nace con algún tipo de leucemia (cáncer en la sangre) es restringido de vivir su experiencia de gatear por su casa, de gatear por su habitación y de gatear por su andén para vivir desde entonces encerrado en una cama. Por lo tanto, su autonomía y libertad espacial son dominadas, controladas y moldeadas por el cáncer y, en consecuencia, por las prácticas y políticas de medicalización.

¹³² Se utiliza la expresión “negación” para dar cuenta de la disputa territorial entre el sujeto y el cáncer, donde este último establece sobre las territorialidades del sujeto otra forma de organizar, gestionar y hasta de producirlos los espacios de la vida cotidiana. Por lo tanto, con esto no estamos haciendo alusión a que el sujeto este literalmente fuera del territorio, esto que de entrada es epistemológicamente imposible de pensar en tanto el sujeto o el actor siempre está práctica o discursivamente en y con el territorio, nunca estará fuera de este.

como si fuera un intruso en sí mismo, inclusive, se siente intruso en su propio cuerpo (Nancy, 2007); se siente en otro cuerpo como a su vez, a raíz de la experiencia del cuerpo, se siente tanto incómodo como intruso en los demás territorios como es el caso de Ernesto al llegar a su propia casa. Ciertamente, la experiencia otra del cuerpo se materializa simbólicamente en las demás escalas de representación social y construcción cultural del espacio de los actores.

Estar de espaldas es un modo de construcción social del territorio que no solo se experimenta cuando se está en la clínica, a su vez, es una sensación que se expande posterior del primer ingreso y egreso de clínica, a los demás territorios del sujeto. En este caso, la sensación de *estar de espaldas* se construye con relación a una inferioridad que se materializa en un invisibilidad espacial del sujeto, ciertamente, el sujeto producto de su nuevo estado en la cual ha perdido autonomía, libertad y gestión de su vida cotidiana vive los demás territorio como la casa, el barrio, la calle, los centros comerciales y los medios de transporte solo por mencionar algunos como si él o ellos no estuvieran allí simbólicamente, como si el enfermo solo estuvieran habitando el espacio físicamente sin una realidad simbólica que dé cuenta de ello o que lo conecte con la circunstancia dada. Como lo relata Ernesto a continuación:

El primer día que yo llegue a mi casa, yo me hacía demasiadas preguntas cuando veía a mis hermanos correr, brincar y jugar en nuestra casa. Yo los veía y yo sin poder hacer eso todavía, porque mi cuerpo obviamente estaba muy débil por tanto tratamiento, el cuerpo no tenía esa reacción que tenía antes, no tenía tantas limitaciones como antes. Y estas limitaciones e imposibilidades de compartir, pero ante todo de vivir libremente el espacio hace que la persona se haga transparente frente a los demás, invisible ya que uno siente que no lo están viendo así uno esté en el mismo lugar donde están los otros, uno desaparece de la vida de los demás así uno esté allí físicamente. Es como que lo visible que era, se hace invisible producto del Cáncer. (Ernesto Rojas, 2017).

La expresión de “*espaldas*” en síntesis, representa una estructura que impone formas de estar y de habitar el territorio a raíz de la incidencia del Cáncer y de toda su estructura en la vida de quien ahora es un enfermo, es un modo distinto en que el cuerpo, la habitación, la casa, el barrio, la vereda, las calles y la ciudad se habita, se proyecta. Son entre otras cosas, otros sentidos y significados los que embargan cada uno de estos espacios, son otras las dinámicas y circunstancias las que permiten que sean nombrados y hechos suyos así el actor social, este de espaldas y subsumido a la preponderancia de otros actores, en este caso, a los no humanos.

2.3.1.1 La ventana y la vista al mar: Un intento de estar de frente al mundo real

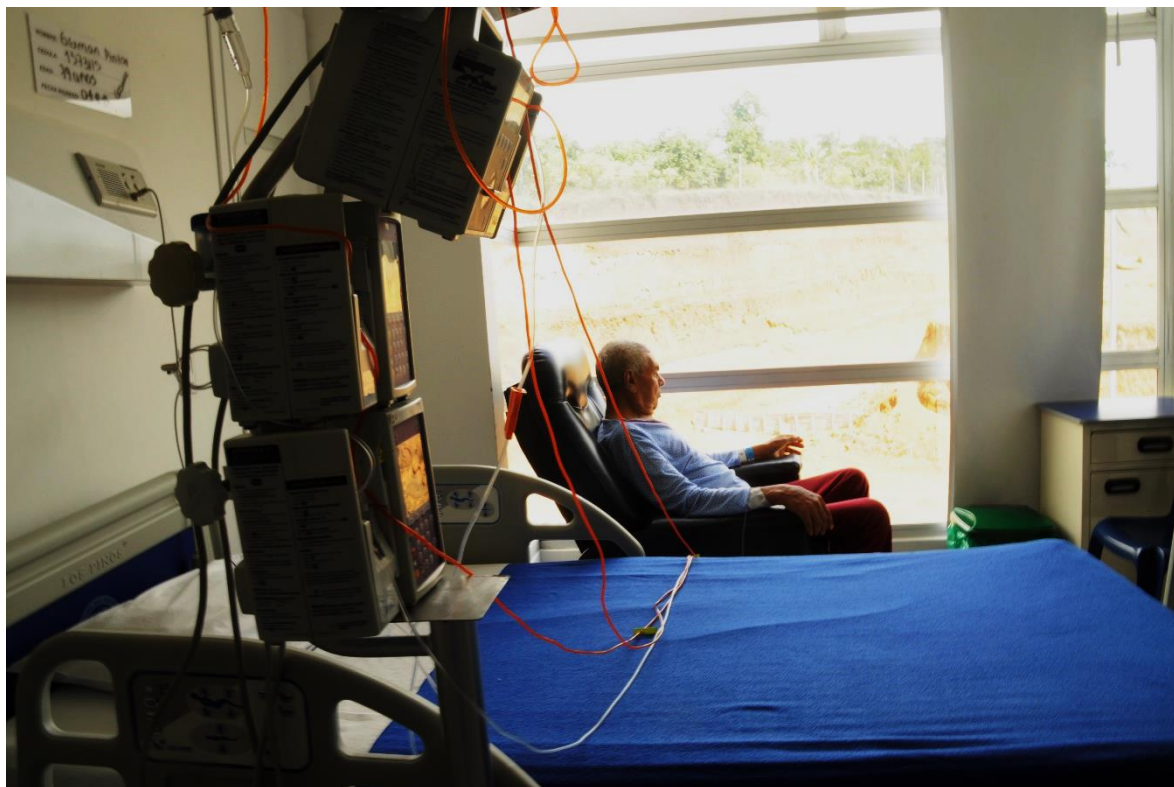


Ilustración 10 José y la vista al mar. Ingrid Bonilla, 2016

Cuando ingreso a hospitalización me gusta que me pongan para el lado de la ventana porque para el otro lado los días se hacen como largos, en cambio con la ventana uno se siente ahí, a ver pasar carros, a ver las personas que llegan y todo, siempre me gusta. Con la venta el tiempo se hace más cortico el día, sin ventana es durito, porque a uno el tiempo se le va muy corto, en cambio cuando estuve en la ventana este mes y medio es, pasó más rápido. (Alberto Pereira, 2016).

Anatole Broyard tras padecer un cáncer de próstata escribe una serie de ensayos con los cuales publica libro denominado *Ebrio de enfermedad*, allí va relatando su visita al mundo producido por esta enfermedad, desde su ingreso a la clínica hasta su salida, en este caso, hacia la muerte. Y es justamente en uno de sus relatos o diarios de su historia, hace mención a la ventana de una de las habitaciones de la clínica, y al respecto escribe, “*desde la ventana de una habitación que no estaba ocupada contemple la ciudad, que estaba salpicada de árboles. ¡Qué extraordinario era el mundo real!*” (Broyard, 2013, p. 33).

Esta reflexión con la cual iniciamos este apartado de la tesis, a nuestro parecer, es clave para comenzar a entender la objetivación, la significación y la relevancia que en este mundo tiene la o las ventanas tanto de la clínica como de la casa y del albergue, pero en especial, las ventanas de la clínica en tanto las dinámicas impuestas al interior sumado a esto el encierro o aislamiento hacen que la estadía en la clínica se aún más compleja y abrumadora para sus internos, además, de hacerse más larga. En estas condiciones la ventana no es solo lo que representa en sí, es decir, no es solo la decoración de la arquitectura de la clínica o los ojos de esta, la ventana es ante todo un tercer espacio por el cual el enfermo observa, siente y vive el mundo exterior como si estuviera allí, como si realmente estuviera más afuera que adentro por las sensaciones que le produce, por los ruidos y las imágenes que le proyecta en el transcurso de la hospitalización.

En la clínica entonces, no hay nada más preponderante que la ventana, no hay nada más importante que tener el privilegio que al ingresar a la clínica le asignen una habitación con ventana, con ventana que realmente ofrezca una *vista al mar*, dicho en otras palabras, que le permita al enfermo contemplar el día y la noche como el sol y la lluvia del mundo exterior y así permanecer al menos, ubicados temporal y geográficamente en el mundo exterior. Al respecto, los médicos y demás equipo asistencial refieren que no hay más solicitudes o pedidos que la habitación tenga ventana, inclusive, destacan que hay enfermos que no ingresan a la clínica hasta que no les asignen una habitación con ventana pues son conscientes del día y hora que ingresan, pero no del día del egreso, lo cual puede llegar a tardar hasta más de dos o tres meses¹³³.

José quien aparece en la imagen que da entrada a este apéndice, es uno de los tantos enfermos que al ingresar a su ciclo de tratamiento el cual podía llegar a tardar hasta dos meses, no ingresaba si su habitación no tenía vista al mar, máxime, cuando era un enfermo que por las dinámicas familiares y por otras circunstancias geográficas y sociales debía permanecer la mayor parte de su estadía en la clínica solo. Por lo tanto, la ventana al principio no solo fue su acompañante fiel, su confidente y su cuidador, a su vez, la ventana fue y seguro es aún, el espacio que al interior de la clínica subordina el tiempo y a la vez lo mantiene de frente y vinculado con el resto del mundo que del otro lado de la ventana se le muestra, como si el acto de contemplar

¹³³ La ventana de esta manera se establece como otro actor relevante a la hora de habitar, producir y acotar la habitación de la clínica, de la casa y del albergue. Es un actor que dinamiza y posibilita mantener algunas relaciones que paulatinamente se van difuminando en la medida que pasa el tiempo y el enfermo continuó internado.

día y noche los territorios que se le proyectan por la ventana lo mantuvieran ligado a su casa y a su esposa que está en Quinchía Risaralda.

La ventana de esta manera representa dos asuntos claves para el enfermo de cáncer, lo primero tiene que ver con la creación de un espacio simbólico que subordina la habitación en sí ya que le permite a quien está situado allí estar de frente y no de espaldas a los territorios y por otra parte, estar vinculado relativamente a las dinámicas del mundo exterior. Y lo segundo, que es lo más interesante e importante para los enfermos es la incidencia y dominio que tiene la ventana sobre el tiempo, pues hace que este literalmente vaya más rápido en tanto descomprime y cataliza el mundo interior de la clínica en la medida que genera la sensación de ubicación y consciencia con relación al mundo exterior que transcurre, ciertamente, la ventana le permite a quien está internado vivir el día y la noche como si estuviera afuera y no adentro, lo que en consecuencia genera la sensación de rapidez del día, pues se es consciente del paso de la mañana al mediodía, del medio día a la tarde y de la tarde a la noche¹³⁴.

Visto de esta manera, las ventanas que tienen vista al mar, es decir, que tienen vista directa a la calle, a los árboles, a los andenes, a los carros, a los pájaros y a las demás personas sanas o enfermas fungen de acuerdo con Deleuze & Guattari (2012) como un ritornelo en la medida que quien ingresa por la puerta de la clínica del mundo exterior, al observarlo detenidamente a través de la ventana se vincula de nuevo al ancho del mundo social y real en la medida que lo visto le despierta recuerdos, acontecimientos y hechos significativos que lo transportan simbólica o metafóricamente a los espacios asociados a estos recuerdos, por lo tanto, el enfermo está físicamente en su habitación recibiendo el tratamiento, pero cognitivamente el enfermo está jugando fútbol en el polideportivo de su barrio, está en su oficina de trabajo, está en su casa, está con su familia, está en su cama jugando videojuegos o simplemente está en cualquier lugar del mundo fuera de la clínica.

La relación de la ventana con el Ritornelo a nuestro parecer es viable ya que si tenemos en cuenta que este último es entendido de acuerdo con Deleuze & Guattari (2012) “como *todo el*

¹³⁴ Esto por ejemplo no llega a ocurrir en aquellas habitaciones de la clínica en la cual no hay ventanas, o por ejemplo, en aquellas clínicas o internados para enfermos mentales en los cuales la ventana es inexistente ya que la conexión con el mundo exterior en la mayoría de los casos altera el estado de quien es tratado. La pregunta que me surge en con relación a estas instituciones es: ¿si deja de existir el tiempo? O en su defecto este se mantiene. Algunos autores como Erving Goffman han llegado a responder que quizás deja de existir para el interno, no para quienes gestión la internación de los enfermos, pero creo que la discusión no termina allí, ya que para otros autores y entre ello me cuido yo, se crea otra condición o ritmo que produce otro tiempo o tiempos, tiempos que están fuera del tiempo, es decir, tiempos que están fuera de la normalidad del tiempo en tanto son para quien lo produce su nueva normalidad.

conjunto de materias de expresión que trazan un territorio, desarrollando motivos o paisajes territoriales”, la ventana en este caso representan por una parte una relación agencia-territorio emotiva y simbólica en tanto el territorio ha sido para el enfermo en primer espacio de agenciamiento al mundo social, de abigarramiento a una porción del espacio, ciertamente, es el orden y normalidad propia que deviene en último término en tranquilidad y seguridad; y por otra parte, la ventana literalmente agrupa una multiplicidad de paisajes tanto cognitivos como sonoros de aquellos territorios significativos y representativos para quien ahora no está físicamente en ellos, como es la familia, la casa y los amigos solo por mencionar algunos.

En efecto, la ventana como el ritornelo recrean estéticamente al interior de la pequeña habitación otras continuidades, otros movimientos y otras sensaciones territoriales que van más allá de la experiencia que vive el interno al interior de la clínica, permitiéndole de esta forma través de la cognición, de la imagen y del lenguaje propios de estos territorios situarse en otras realidades, en otras historias y en última medida en otros tiempos marcados especialmente por el pasados o por el presente y en ocasiones por el futuro¹³⁵. Esto puede llegar a sonar extraño, pero en el fondo tiene mucho sentido, ya que la ventana como el ritornelo es un cristal a través del cual se cuelan emociones, deseos e interés de quien vive el territorio por medio de estos cristales.

En el caso de aquellas ventanas de la clínica que no dan contra el vasto mundo, que no tiene vista al mar sino que tienen vista al inverso de la clínica o en último término no tienen vista a ningún lado sino solo a una pared áspera y gris que está detrás de la clínica y de espaldas al mundo, esta es producida y cosechada por el enfermo o por quien habita la habitación como un gran paisaje territorial que proyecta y simula el vínculo con aquellos territorios más significativos y representativos del mundo exterior, sea por ejemplo la casa o la familia.

Esta simulación o proyección de un paisaje en la ventana se realiza a través de una variedad de fotografías e imágenes de los territorios que se desean recrear y recordar o anhelan en tanto aportan familiaridad, seguridad y tranquilidad a este nuevo espacio habitado. Dicho en otras palabras, el enfermo le confiere a esa ventana que no conduce a ningún otro lado una imagen de un paisaje que lo conduce y lo vincula con muchos otros territorios y hechos representativos (ver imagen 11).

¹³⁵ Digo en ocasiones ya que raíz de la relación que existe entre el cáncer y la muerte, el futuro que se proyecta radica sus bases no en sueños ni en metas, sino en incertidumbres ambiguas que hacen delirar a los enfermos, por ello, se deja de pensar en esta temporalidad y se prefiere, por ejemplo, pensar en el pasado en tanto fue un pasado constituido por vivencias y hechos territoriales reales.



Imagen 10 La ventana y el paisaje de regreso. Milton V., 2015

En vista de esto la ventana “*introduce el pequeño salón en el vasto mundo*” (Bollnow, 1969, p. 148), introduce toda la habitación y todo lo que en ella se sitúa en las dinámicas simbólicas, sociales, culturales y políticas del mundo exterior. De esta manera, el enfermo por medio de la ventana guerra contra el fenómeno de contracción territorial que significa estar internado por tiempos prolongados en la clínica ya que esta expande, amplía y descomprime de nuevo el mundo que ha sido contraído o reducido al interior de la clínica, que ha sido negado y que ha sido dominado por otros actores permitiéndole relativamente sentirse de nuevo en ello, así sea, por medio de las sensaciones corporales del sentir, del oír y del olfatear.

La ventana aparte de mantener al enfermo vinculado y ubicado tanto geográfica como temporalmente con el mundo externo, también actúa como un dinamizador y catalizador del tiempo de estos espacios que están vinculados y asociados al cáncer. La ventana que tiene vista al mar no solo permite observar el fluir de las personas, de los carros y de las cosas, a su vez, posibilita contemplar la transformación del día que va de la mañana a la noche y de la noche a la mañana de manera rápida, así como el cambio del clima. Por lo tanto, no hay espacio para que se cuele un ritmo lento del tiempo cuando se contempla y ante todo se es consciente de cada

uno de estos cambios y circunstancias que son ante todo familiares para el interno, solo que ahora, las experimenta desde otro punto de vista que hasta el momento no están familiar.

Recordemos que estas clínicas o estos territorios asociados a este actor no humano, se caracterizan por un tiempo que está fuera de todo tiempo, es un tiempo que a diferencia del tiempo de los sanos va lento, es un tiempo propio en el cual el interno se le confunde tanto el día como la noche, como el lunes con el domingo o viceversa, pero que a través de la ventana, este tiempo no solo es subordinado, sino que a su vez se clarifica ya que se vincula o asocia con el desarrollo del tiempo de afuera, y al vincularse con el tiempo de afuera el interno construye otra relación con su habitación y con la clínica ya que relaciona todas las actividades dadas allí con actividades o circunstancias propias del mundo externo lo que agiliza y libera el tiempo interno estableciendo, un tiempo que está a la medida de quien habita la habitación pues el enfermo lo produce en relación con las actividades significativas que gusta realizar cuando estaba afuera, sea por ejemplo leer después del desayuno, dormir después del almuerzo y rezar antes de ir a dormir.

Alberto Pereira, joven de 18 años residente en Armenia por su tipo de cáncer que se encuentra situado en el mediastino, órgano que está situado cerca al corazón debe hospitalizarse cada 15 días en la clínica de Oncólogos sede Perera, cada quince días sale de su casa con un gran maleta, esperando regresar pronto a su casa, pero es consciente de entrada que al menos estará hospitalizado o internado por espacio de un mes o más, si algo se llega a complicarse que es lo más común en estas visitas. Recuerda, en este orden de ideas, que la última hospitalización en la cual duró 35 días. Al principio fue duro, uno se asombra porque son muchos días los que estarán encerrado y aislado. No obstante, explica que no fue tanto duro, al contrario, fue fácil pues durante todo este tiempo estuvo en una habitación que tenía vista al mar lo que le permitió dinamizar el tiempo en la medida que estableció su propio tiempo, sus propios horarios y sus propias actividades. Es decir, la ventana lo hizo sentir como en casa.

Cuando estoy en la ventana que dan hacia afuera puedo estar un mes o más, pero el tiempo se me pasa volando... en cambio cuando estoy en las otras ventanas que no tienen vista al mar el tiempo en la clínica se me hace largo, sufro más y a veces el deseo de regresar a casa me desborda, me deprimó y me cansó de todo (Alberto, 2016.)

En este sentido, la ventana es bien definida por Rainer Maria Rilke en uno de sus poemas como lo plantea Bollnow “*como la medida de la espera*” (Bollnow, 1969, p. 149) y, a su vez, como

la medida de la esperanza a que el tiempo se tome su tiempo. Esta frase sobrecogedora en todo el sentido de la palabra, da cuenta evidentemente de la relevancia e importancia de la ventana cuando se está privado física y simbólicamente de la libertad, cuando se está en un habitación por más de tres o cuatro meses, ya que la ventana en este sentido proporciona tanto al espacio como a quien habita dicho espacio la paciencia metafórica de saber esperar y en especial de saber estar bajo cualquier circunstancia en ese pequeño y diminuto espacio que le ha sido asignado por el cáncer. La espera de esta forma es la objetivación que la ventana hace del tiempo, de este tiempo extraño e inusual que domina este y otros espacios de la vida del enfermo de cáncer, como el albergue que lo revisaremos más adelante.

Antes de dar cierre a este apartado me interesa dejar algunos asuntos sobre la mesa para que más adelante otras investigaciones lo profundicen, y esto tiene que ver principalmente con el hecho de pensar que estas clínicas oncológicas en vez de estar situadas en medio de la ciudad, se sitúen por ejemplo en la inmensidad de los bosques o del espacio rural colombiano, como era el caso en su momento de los sanatorios para los tuberculosos.

Si estando inmersas en la complejidad de la ciudad se proyectan a través de los ventanales sensaciones de esperanza y de arraigo, cuál sería el impacto en la espera, en el arraigo y en el tratamiento si las ventanas dan a un verdadero paisaje colmado de grandes árboles, hermosas flores, cascadas cristalinas, pájaros de todos los colores, caballos, vacas y perros entre otros reflejos y representaciones de la tranquilidad del mundo natural. ¿Cuál sería, entonces, el impacto en los internos?, ¿cómo vivirían en tiempo al interior de la clínica?, ¿cómo sería la relación tanto con el interior como con el exterior en el marco de esta posibilidad? Como al final de su entrevista lo reflexiona uno de los médicos especialistas entrevistados, *“Yo quisiera que todas las habitaciones tuvieran vista a la montaña y a los nevados”*.

2.3.2 La casa y el ser relativo



Ilustración 11 La casa a la medida del Cáncer. Idalba Montoya, 2016

En el hospital no podía reconocer a nadie, ni reconocía nada, y se hallaba sumido en un frenesí casi incesante de desorientación. Pero cuando su esposa se lo llevó a casa, a su casa que era en realidad una “cápsula temporal” de su época preamnésica, se sintió instantáneamente en su hogar. Lo reconoció todo. Dio unas palmaditas al barómetro, comprobó el termostato, ocupó su banca favorita como solía hacer. Hablaba del barrio, de las tiendas, del bar de la calle, de un cine próximo. Le incomodaba y le desconcertaba que se hubiesen introducido cambios en su casa, aunque fuesen mínimos. (Sacks, 2002, pp. 66).

Intentar hablar de la casa, es hablar de uno mismo o en su defecto es hablar de quien o de quienes la habitan en tanto la casa siempre es y será habitada por alguien, y si en su momento llega a estar deshabitada, podemos hablar de ella con relación a quienes la habitaron la última vez, o podemos simplemente transitarla y contemplarla para así escribir sobre ella. Las energías de quienes la habitaron nos guiarán en su entendimiento y descripción.

La casa para quien la habita es más que la casa, es el hogar que ha sido dibujado, pulido e imaginado a la semejanza de su habitante, como la casa del paciente de Oliver Sacks (2002) que al llegar de nuevo a su hogar no solo se reconoció en él, también lo reconoció, casi que regreso de ese estado de preamnesia en el cual se encontraba. De nuevo y por un momento, el enfermo mental se hizo consciente en su casa, frecuento cada uno de los espacios de la casa y hablo de ella como si no se hubiera llegado a ir de ella, en último término, volvió a ser quien era antes,

se desprendió por un instante de su enfermedad y del mundo construido por su enfermedad conectándose así con lo que era en su mundo o anterior estado de sano.

De ahí que la casa se establece física, simbólica y metafóricamente hablando como el rincón del mundo o como el primer universo que nos hacemos así mismo al llegar al mundo (Bachelard, 1975) es, en otras palabras, un producto de nuestra representación, proyección e interés. Será bajo esta perspectiva sobre la cual me propongo hacer una lectura de la casa para develar los cambios tanto en la forma como en su contenido, se intentará a grosso modo, explicar qué representa y qué significa para el enfermo la casa durante y después de la incidencia en la vida cotidiana de este actor social no humano que interfiere precisamente en dichas representaciones, proyecciones e interés que sobre la casa se llegan a inscribir para hacerla suya o nuestra.

Para avanzar en esto, nos centraremos en esencia en tres aspectos reconocidos práctica y discursivamente tanto por los enfermos como por los especialistas participantes de la investigación, que a nuestro parecer permiten mostrar e interpretar las particularidades y singularidades que asume la casa posterior del hito territorial de este actor no humano en la vida cotidiana de los actores y que en este caso tienen que ver con: 1) el Cáncer como un percatarse de ese rincón del mundo, es decir, de la existencia física y simbólica de la casa; 2) la casa como extensión tanto del Cáncer, como de la continuidad producida por este actor y finalmente 3) la casa como un desprenderse del Cáncer y de su estructura, ciertamente, como un librarse de las ataduras establecidas e impuestas por este actor.

Eventualmente estamos diciendo con estos tres aspectos recién mencionados, que producto de la incidencia prolongada del cáncer sobre el enfermo, sobre el cuerpo del enfermo, la casa experimenta transformaciones físicas y simbólicas en las cuales ese espacio vivencial del cual habla Otto Bollnow (1969) asume otras cualidades, otras funciones y otras representaciones, dicho de otro modo, otras acotaciones, significados y objetivaciones preponderantes en la nueva vida cotidiana de los actores sociales. Con esto, no queremos decir que la casa deja de ser el rincón o nuestro primer universo en el mundo, al contrario, lo sigue siendo, pero esta vez bajo otras prácticas y discursos impuestos especialmente por el cáncer como lo relatan y lo clarifica la madre de Tamara Benjumea:

En la casa también se vive todo muy diferente después del cáncer, antes de visitar a Tamara me llaman si pueden venir a visitarla, y si está bien yo les digo sí, vengan, pero si está con las defensas bajitas les digo que no pueden venir, y si alguno viene, se pone tapabocas para entrar.

Y además el ambiente de la casa cambia muchísimo. Por ejemplo, antes no teníamos tantos medicamentos, ahora tenemos muchos que ella debe tomar y están por todos lados de la casa. Tamara ya sabe que es lo que se tiene tomar y a qué horas. Antes solo teníamos un acetaminofén refundido, ahora tengo que tener muchos medicamentos con nombres extraños. Adicional a esto, ahora todo se encuentra dividido en la casa, esto es de Tamara y esto es de nosotros. (Madre de Tamara Benjumea, 2015).

La casa a partir de hito territorial de la enfermedad no solo es habitada y acotada de ahora en adelante por el enfermo, sino también por el actor no humano y por cada una de las prácticas o patrones de medicalización establecidos por la clínica como los que tienen que ver en este caso con las recomendaciones y restricciones de permanecer en casa aislado del mundo, utilizar diariamente el tapabocas, tener cada uno de los objetos utilizados en casa separados de los demás que son utilizados por el resto de la familia como lo son las toallas, el baño, el menaje entre otros accesorios y mobiliario del hogar. En otras palabras, la casa que ha sido construida y producida simbólicamente por los actores antes del Cáncer, posterior y durante la presencia de este actor es dividida en dos emplazamientos; una para los sanos y/o cuidadores y la otra para el enfermo.

Este tipo de transformaciones y particularidades son quizás una de las tantas maneras, formas y modos en que la casa se nos da y se nos presenta a raíz del hito territorial del Cáncer, y esto que ocurre que es clave en términos de lo que muestra, no es lo único de lo que podemos llegar a hablar, a su vez, estos ajustes o reconfiguraciones que paulatinamente se van materializando en la casa nos devela paradójicamente que la casa antes de la enfermedad no es el espacio de vida preponderante y referente en la vida de quienes habitan la casa, es ante todo, un espacio/vivienda contenedor de dichas manifestaciones, representaciones y relaciones que no llegan a dar cuenta de una construcción y objetivación de la casa como rincón y eje estructurante del mundo y de los demás territorios.

En otras palabras, la casa antes del Cáncer, es confundida con la vivienda física ya que se asume por el o los enfermos como el espacio en el cual se vive, se duerme, se alimenta, se descansa y se organizan sin llegar a construir una realidad simbólica de ese pequeño mundo o espacio en el que se reflejen los intereses, los anhelos, las prácticas y en última instancia, la personalidad de quien la habita, de quien la vive como suya ya que el sujeto ha estado o está volcado a otros placeres de la vida externos a la casa como los amigos, las fiestas y los paseos en los cuales evidentemente la casa no tienen mayor relevancia e importancia, como lo explica por una parte

Eleonor Ballesteros en su relato y Lourdes en la ilustración 11, ambos hechos territoriales citados a continuación corresponden a un tiempo y a un pasado, es decir, a un antes del Cáncer:

Pero por algo pasan las cosas, porque cuando yo estaba con esa vida de rumbear, de trabajar y de pasear que solo venía a almorzar, a comer y a dormir yo a veces no me daba cuenta de los problemas que estaban pasando en la casa, o de los problemas que tenía mi papá o de los problemas que tenía mi mamá o de los problemas de mi hermano, o lo que estaba pasando en la casa, yo no sabía nada, simplemente no estaba conectada con nada de la casa o de mi casa (Eleonor Ballesteros, 2016).

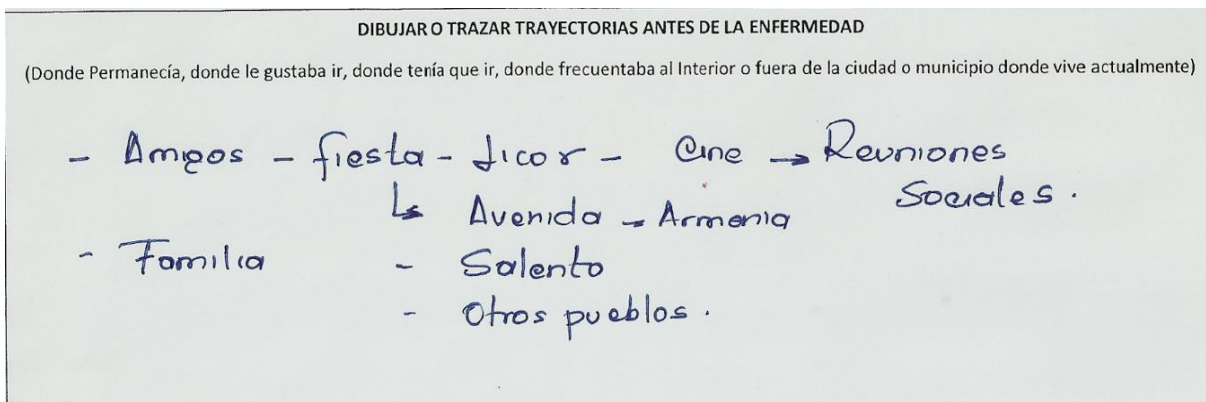


Ilustración 12 . La casa antes del Cáncer. Lourdes, 2016

Tanto en el relato de Ballesteros, como en la cartografía de Lourdes no aparece la casa como construcción social, no aparece un hogar, no aparece una objetivación en términos de una apropiación simbólica de ese espacio como rincón, como universo, como mi casa y como mi hogar. Al contrario de ello, lo que se representa es la elaboración de la casa como vivienda en la que se duerme, se almuerza y se come, ciertamente, en la cual se realizan ciertas funciones que no llegan a representar mayor incidencia en la construcción del mundo social y simbólico que está fuera de la casa.

De esta manera, cada habitante de la casa se encuentra centrado en otros espacios fuera de la casa que en ese momento le generan o le satisfacen sus intereses sociales, productivos y emocionales solo por mencionar algunos, y la casa en este orden de ideas, desaparece de la amplitud del gran mundo producido por el actor antes de la enfermedad, ya que de acuerdo con Joan Nogué (2011) “*vemos los paisajes que deseamos ver, es decir, aquellos que no cuestionan nuestra idea de paisaje construido socialmente*” (Nogué, 2011 p. 8) y que al contrario, fortalecen la idea y forma en que se concibe o desea ver el mundo y en consecuencia la vida.

En el caso de la cartografía y cuando se le pregunta a Lourdes por las trayectorias antes del Cáncer no llega ni siquiera a mencionar la casa en la conversación, tanto así que ni aparece escrita o representada en la cartografía que se muestra líneas atrás producto a la estructura acotada en la que la casa no tiene mayor relevancia y preponderancia. Solo se llega a mencionar y a materializar el término de “familia” que puede llegar a ser lo más cercano a la casa, al hogar, o inclusive a la vivienda, pero no necesariamente con ello se esté haciendo alusión a la casa o al hogar construido social y culturalmente, quizás se esté haciendo alusión a la vivienda en la cual se vive con la familia o simplemente en la cual vive, se duerme, se alimenta y descansa.

En efecto, la casa no representa o no es un territorio significativo sobre el cual se desarrolla la vida simbólica de cada uno de los actores, quizás la vida física sí tiene desarrollo allí, justamente cuando se hace alusión a la familia y todo lo que esto conlleva o implica.

Esto evidentemente habla de la ausencia de la casa, de su des-centralidad y de su insignificante preponderancia sobre el resto de la vida de quien la habita y de quien la frecuenta o transita. La casa como el hogar producido no es el centro del mundo, no es el eje transversal de los sujetos, al contrario, la casa bajo esta representación es descentralizada por la vivienda como espacio en el que tiene lugar actividades dadas o establecidas por la estructura social.

Ahora bien, cuando aparece el Cáncer en lo cotidiano y comienza a incidir en las relaciones de los sujetos con el mundo exterior como con el mundo interior, no solo aparece la casa como esa construcción simbólica, sino que, a su vez, aparecen otros territorios de la casa como la ventana, la cama, el cuarto, el baño y la sala solo por mencionar algunos. Y ese aparecer en lo cotidiano no radica en que el sujeto es consciente de ello solo porque es remitido a ella, sino, porque se establecen como estructurantes predominantes en la vida cotidiana del ahora enfermo de cáncer (ver ilustración 12).

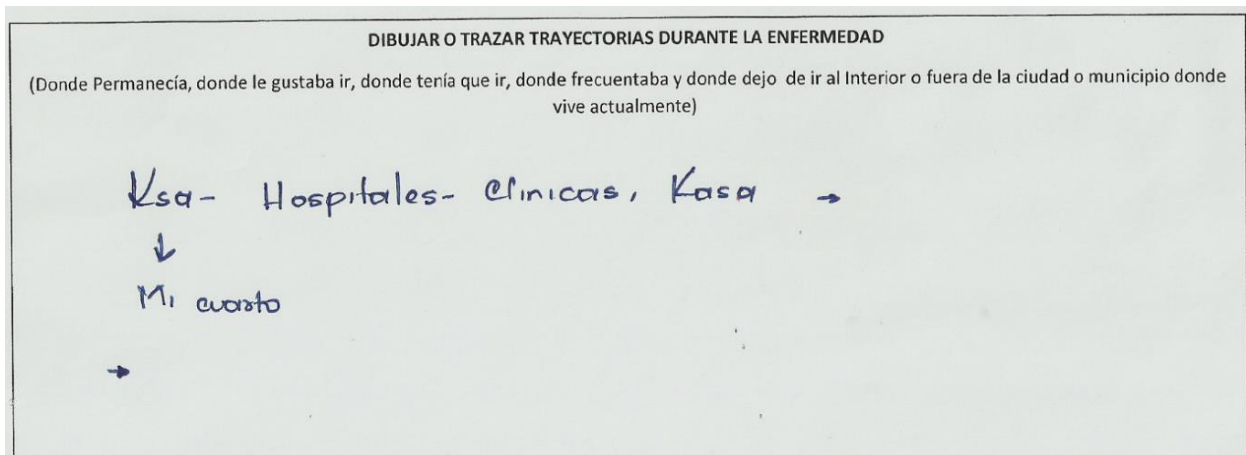


Ilustración 13 La casa después y durante el Cáncer. Lourdes, 2016

Esta cartografía que corresponde a Lourdes, responde a las trayectorias durante y después de la materialización del hito territorial de la enfermedad, en la que a diferencia de la primera cartografía de la misma enferma, aquí sí aparece la casa o se sitúa la casa, incluso y en la forma como presenta la cartografía, es claro que la vida del enfermo de cáncer inicia en la casa, transita por las clínicas y de nuevo regresa a la casa y en la casa, la vida se centra o se desarrolla en el cuarto y en último término en la cama del enfermo. Es así, como no solo aparece la casa, la vemos y nos hacemos en ella, sino que, a su vez, la casa aparece jerarquizada como el territorio más significativo y representativo para cada uno de los enfermos y lo es, porque es justamente allí, en la que fruto del actor no humanos y de las restricciones médicas, se viven los demás territorios que antes se vivían fuera de la casa.

Este giro simbólico que experimenta la casa tiene que ver en esencia, con la objetivación que el Cáncer hace del mundo del sujeto en la que este se vuelca enteramente en sí mismo y en su mundo interior representado por la casa, el cuerpo, el cuarto y la cama. En efecto, lo anterior genera que el mundo exterior de Lourdes por motivos médicos, sociales, culturales, simbólicos y estéticos deja de ser el eje o paisaje estructurante que desea ver, sentir y producir en tanto ya no corresponden a los interés, anhelos y deseos de Lourdes enferma; ya son otras las circunstancias y hechos que representan y organizan mundo y es allí, en el que el habitante retorna simbólicamente a su casa, a su rincón en el mundo.

Como diría Michel de Certeau (1994) *“uno regresa a su casa, a ese lugar propio que, por definición no podría ser ajeno, ya que es ese lugar habitado en el cual el cuerpo enfermo encuentra refugio y cuidados, provisoriamente alejado de sus obligaciones de trabajo”*

(Certeau, 1994, pp. 147 – 149). La casa, en esa medida, se instituye alegóricamente en ese rincón en el que literalmente el enfermo fuera de la clínica, fuera del mundo del Cáncer encuentra protección, seguridad, autonomía y libertad en sí mismo. La casa en este orden de ideas, representa el cuerpo y el alma de quien ahora experimenta el dominio del Cáncer, es ahora, el primer mundo (Bachelard, 1975) al cual es lanzado el enfermo por este actor no humano y por la clínica, es ante todo, apoyo y la fortaleza ante cualquier tormenta y ante cualquier circunstancia como lo sintetiza a continuación Ernesto Rojas:

La casa, fue para mí un apoyo, demasiado; un encierro no, no me prohibían salir, sino que, debido al cuidado, tenía que permanecer ahí en la casa, pero es demasiado importante ese lugar para uno, en todo ese tratamiento yo aprendí a valorar mucho la casa (Ernesto Rojas, 2016).

Quizás los otros aspectos que explican a nuestro parecer este giro en que la casa pasa de estar debajo como un recoveco de otros territorios a estar arriba, y en el centro de esos mismo territorios que antes la ocultaban, responde a su vez a la objetivación y delimitación que proyecta el Cáncer sobre este pequeño espacio del enfermo a través de las prácticas y/o políticas de medicalización establecidas al interior de esta estructura que va desde la clínica hasta el albergue, pasando por la casa y el cuerpo mismo. Ciertamente, el mundo y en consecuencia los territorios representativos son trastornados producto de las nuevas dinámicas impuestas ya que el enfermo al salir de la clínica sale de ella físicamente, ciertamente, deja atrás la estructura de la clínica, pero simbólicamente permanece conectado a esta, en tanto y como lo explica uno de los médicos (2016) “*los enfermos en casa, deben continuar aislados, debe comportarse bajo unas normas parecidas a las del servicio*¹³⁶. (Ernest, 2016)

El enfermo en último término estando en casa debe cumplir a cabalidad con las indicaciones y recomendaciones dadas por el equipo médico de la clínica, lo que quiere decir, por ejemplo, que debe continuar aislado, utilizar tapabocas cuando se exponga al exterior de la casa, alimentarse siguiendo la dieta dada en la clínica, dormir en una habitación solo y en una cama en la cual día por medio se le estén cambiando las sábanas y cobijas; se debe duchar a la primera hora del día; toda la casa debe permanecer aseada y esterilizada; y finalmente, el enfermo debe cumplir con cada uno de los horarios estipulados para tomarse los medicamentos, así como asistir

¹³⁶ La expresión servicio es utilizada por el médico Ernest para hacer alusión a la clínica, a la unidad oncológica donde es o en su defecto, fue tratado el enfermo.

constantemente a los controles y posteriores tratamientos establecidos para tratar la enfermedad, en este caso, desde la casa.

Es así, como las dinámicas y el tiempo de la casa se viven como una extensión del mundo de la clínica, ya que como vemos, esta se encuentran mediada evidentemente por las prácticas y discursos de medicalización que desde allí se establecen y que se materializan bajo una rutina administrada, en la casa, que no llega a presentar mayores cambios o alteraciones más que el levantarse y el acostarse de nuevo o en su defecto, la llegada de la noche o del día. De lo demás, la casa responde a una estructura constitutiva en la que metafóricamente hablando, el dominio le corresponde a la clínica.

Finalmente, y a pesar de que la casa es moldeada, ajustada y organizada por el Cáncer y la clínica, es en ella en la que el enfermo ambiguamente vuelve a ser el, ciertamente, la casa simboliza en este caso, un liberarse de las ataduras o de la estructura de esta enfermedad y del mundo de este actor, es un dejar atrás las dinámicas médicas de intervención, de prohibición y de aislamiento que allí se imponen para así volver a ser relativamente quien se era antes del Cáncer, así sea por unos días o semanas.

Es un librarse que a pesar de tener una serie de recomendaciones como lo ha explicado Ernest líneas atrás, el enfermo al estar en su mundo, al estar en su rincón en el mundo, al estar en su cuerpo y en su propia alma, territorializa y apropia las instrucciones y recomendaciones en función de lo que representa su casa y de esta manera, disfruta relativamente la estadía, puesto que de nuevo experimenta que esta, de frente al territorio, es quien produce y objetiva su casa, su sala, su cuarto y su baño; en términos generales, la casa es el eje central del enfermo como indica uno de los jefes de hospitalización:

La casa representa todo para un enfermo, regresar a casa es volver a ver a la familia, volver a ser ellos, ser dependientes, volver a sentirse autónomos, estar en su zona de confort, estar en su lugar donde pueden ser ellos mismo, comer tranquilamente y hacer lo que les gusta. (Edwin, 2017).

En este sentido, la casa como en el caso del paciente de Oliver Sacks (2002) vuelve a ser quien es cuando regresa a su casa, antes de este acontecimiento es lo que la clínica desea que sea. Lo mismo, pero de otra manera, ocurre en el caso del enfermo de cáncer, cuando este regresa a casa y a pesar de salir de la clínica con una serie de recomendaciones y prohibiciones físicas,

simbólicas y territoriales, las cuales cumple ajustándolas a las dinámicas de su casa y no en función de la estructura de la clínica.

Por ejemplo y solo por hacer referencia a algunos casos, cuando el enfermo sale rumbo a su casa, el médico le solicita ducharse a la primera hora del día, cambiar la ropa de cama diariamente, utilizar tapabocas y alimentarse adecuadamente, no obstante, esto el enfermo lo cumple pero a su manera, y ya no acorde al modo en que la clínica lo estableció o lo dispuso, que en la mayoría de los casos, implicaba para el enfermo un enfrentarse a un proceso de expropiación y/o desterritorialización simbólica de su ser en el mundo. En este sentido, el enfermo se ducha, pero no a la primera hora del día como se solicita, sino, que lo hace en el transcurso de la mañana. Respecto a la cama y a la casa en general, esta, se asea dos o tres veces a la semana y no todos los días como se insinúa que se debe hacer.

La casa representa la disputa territorial entre el actor no humano y enfermo, es una disputa por conquistar y dominar los territorios, desde el cuerpo hasta la casa y la ciudad entera, es en último término, un estar en y en los territorios como se solía estar. De tal manera, que la casa como materialización de la personalidad de quien la habita, como espejo de las prácticas y discursos de sus huéspedes, experimenta cada una de las sensaciones y emociones que vive en este caso el enfermo conquistado por el Cáncer. Y es respecto a esto último, que la casa se ajusta, se moldea, se vive y se habita ya que la experiencia del cuerpo es, a su vez, la experiencia del espacio vivido, del territorio significado para ser nombrado como casa.

En último término, la casa se vive como una ambigüedad o intermedio, ya que quien la habita experimenta la sensación por una parte de marginalidad socio-espacial de la antigua estructura o estado y por la otra parte, de actor relativo que interioriza y apropia cada una de las prácticas y discursos de medicalización a su modo y/o manera. Pero de fondo, lo que suscita la casa a raíz del Cáncer es el deseo de regresar a casa, de vivir la casa como el centro y eje que posibilita la participación del actor en los demás territorios que se han establecidos fuera o dentro de esta. En efecto, se establece una correspondencia entre la casa y la enfermedad que proyecta no solo una nueva forma en que la casa se nos da, a su vez, modos en que debe ser habitada por cada uno de los actores sociales sean sanos o enfermos, así como humanos o no humanos.

2.3.2.1 La cama: en la que inicia y termina la estructura del Cáncer



Imagen 11 La cama. Angelo Merendino, 2011

Bendita seas cama mía porque no eres lecho de desesperanza si no de amor y crecimiento, porque eres mi cruz y solo la cruz salva; porque tú me has llevado a entender que en el sufrimiento me acrisolo y me purifico. Bendita seas porque aquí se acabó la física, la tristemente alegre, la ignorada tan conocida, la belleza sin hermosura, la voz sin repercusión para nacer a la vida trascendiendo, bendita seas porque por ti me abandonaron todos y gané unos pocos, los verdaderos. (Mercedes Torres Holguín en Carol Figueroa, 2017, p. 45).

Respecto a la cama o a las camas que caracterizan o constituyen el mundo y los territorios del Cáncer, deseo, eventualmente, dejar planteadas algunas reflexiones sobre este micro-territorio que aquí, no es pensado en palabras de Pascal Dibie (1999) como uno de los muebles más importante y comunes de todo el inmobiliario de la casa, sino, que es pensado como un actor y como un territorio que motivado por el Cáncer asume un papel físico, simbólico y social tanto en la experiencia misma de vivir con la enfermedad o incluso de vivir cualquier otra tipo de

perturbación física o cognitiva, sino que a su vez, asume un rol dominante y esencial en la organización, gestión y producción de los demás territorios.

En especial, la cama como actor y como territorio, funge en aquellos casos en los que el enfermo se encuentra en un estadio avanzado (II, III o IV)¹³⁷, ya que es en estos estadios en los que el enfermo producto del avance de la enfermedad, pierde tanto movilidad física como libertad y/o autonomía territorial de transitar fácilmente por cada uno de los espacios más significativos. Es así, como la cama asume otra realidad, ya que se establece como el territorio eje desde el cual es factible a partir la imaginación y el recuerdo vivir, frecuentar y habitar los demás territorios que ahora producto de la avanzada física de la enfermedad no puede practicar, sino, solo discurrir. Territorios como la oficina de trabajo, la universidad, el colegio, la escuela, el centro comercial, el parque y las calles entre otros, son entonces objetivados y delimitados desde la inmensidad de la cama.

En este sentido, la primera reflexión respecto al dormitorio, a ese territorio en el que dormimos e imaginamos el amplio del mundo, tiene que ver con la forma y manera en que el enfermo se sitúa y se localiza en y en los territorios, puesto que pasa física y simbólicamente de estar en y sobre los territorios verticalmente, a estar en y sobre los territorios horizontalmente. Dicho en otras palabras, pasa de estar de pie caminando y recorriendo cada uno de los territorios que estructuran lo cotidiana, a estar, acostado imaginando cada uno de aquellos territorios que antes eran recorridos libre y autónomamente.

Esto, que podría tratarse de un cambio insignificante, se trata a mi parecer, de una transformación medular en términos espaciales, pues el territorio que se muestra a quien está ahora acostado, no es el mismo o al menos no llega a corresponder con el mundo que se le mostraba cuando el actor estaba erguido, ya que *“el hombre acostado tiene o se enfrenta a otro espacio que aquel que se mueve de pie”* (Bollnow, 1969 pp. 150).

Ahora, acostado en su cama, el mundo extraordinariamente y metafóricamente hablando se aleja, se distancia e incluso cambia de forma o al menos es otra curvatura la que se muestra entre

¹³⁷ Para un estadio 0 y I quizás la cama aún no es aún un actor preponderante en la elaboración de las relaciones con los demás espacios o actores, aún, la cama se mantiene en su actual posición funcional y simbólica que le ha sido designada, la del dormitorio de quienes habitan la casa. No obstante, para los demás estadios III y IV que es en los cuales se encuentran la mayoría de enfermos, la cama no es solo el dormitorio o el lugar de descanso, es más que eso, ya que producto de la pérdida de funcionalidad y autonomía del actor social, es sobre la cama que estos actores ahora enfermos viven, frecuenta y transitan los demás territorios significativos.

tanto, ya no puede alcanzarlos o estar en ellos sin dejar aquella parte extraordinaria de su cuerpo, la cama (Bollnow, 1969 pp. 159), es decir, ya no puede vivir el mundo y en consecuencia los territorios de lo cotidiano, ni nombrarlos, ni practicarlos sin la presencia y objetivación de la cama.

Cuando el actor no está en cama (encamado), y está sentado semi-vertical en una silla de ruedas, en el mueble de quimioterapia, en la camilla de la clínica o en el taxi rumbo a otro lugar, aun así, el mundo se sigue alejando, se sigue trastornado y se continúa contrayendo ya que no depende solo de él para alcanzar lo que desea ver, sentir y amansar. Requiere, siempre el apoyo de su cama, de sus camas que alrededor de este mundo se le dan y se le muestra de muchas otras formas.

Sin duda alguna, la cama no es solo el dormitorio, no es solo el lugar de descanso del enfermo o el lugar de aislamiento de la casa y del resto del mundo, la cama, en este caso representa un potente modo como los sujetos o actores humanos o no humanos delimitan, objetivan y producen los territorios, ciertamente, es el modo a través del cual se relacionan física y simbólicamente con el espacio habitado. Es una manera en que se significa y amansa una porción del espacio para ser nombrado como habitación, sala, baño, casa, clínica, sala de quimioterapia o bunker de radioterapia.

Finalmente, el otro aspecto que deseo destacar referente a la cama, tiene que ver con que la cama, se instaura como el rincón del mundo más íntimo y sublime en el que vive y desarrolla toda la vida cotidiana que va desde lo social, pasando por lo productivo y familiar hasta lo emotivo. Es allí en el que paralelamente se retuerce de los dolores, de sus angustias, de sus penas, de sus miedos y en la que, a su vez, experimenta la incertidumbre y el temor por la finitud y por el no retorno, además de la felicidad y alegría de sentirse, así sea por algunos minutos mejor, cultivando así la esperanza de poder seguir adelante en busca de retornar a su antiguo estado de actor social sano y “normal”.

En último término, *“en la cama comienza y termina normalmente los días y la vida entera”* (Bollnow, 1969 p. 16). Y no solo inician allí los días en función de la prácticas médicas, a su vez, es allí, en la cual el enfermo paulatinamente va ajustando su antigua condición o antigua vida, dicho en otras palabras, comienza a realizar en la cama diversas actividades de índole social, productivo y simbólico que antes acostumbraba a hacer fuera de la cama e inclusive fuera

de la casa, ya que eran prácticas que antes estaban indudablemente asociadas a territorios externos a la cama y a la casa como lo son la oficina de trabajo, la universidad, la escuela, el parque, el jardín y demás espacios de ocio pero que ahora por su condición de enfermo los debe traer hasta su cama. Es así, que estando en su cama, el enfermo constantemente está representando cada uno de los territorios externos en los cuales ahora, no puede estar físicamente, pero si y como vemos, simbólicamente.

Este proceso que hemos denominado imaginación territorial de la estructura portada, posibilita entre otras cosas, un cultivar constantemente cada uno de los espacios significativos para el enfermo, evitando así, una desaparición u olvido de estos por parte del actor social ya que al dejar de frecuentarlos, paulatinamente van olvidando la forma y dinámicas de apropiación o incluso, echan de menos a los demás actores que los habitan. Ejemplo de esto, es el caso de un menor de ochos (8) años enfermo hospitalizado en la clínica de Oncólogos, sede Pereira, que después de sesenta (60) días de hospitalización, le solicita a su madre fotos tanto de la casa como de toda su familia, pues como secuela del tiempo, del tratamiento y de la estructura de medicación de la clínica, ya no se acuerda en detalle o patentemente ni de la casa ni de sus familiares.

De ahí que, en la cama, el enfermo se alimenta, recibe el tratamiento, hace del cuerpo, lo duchan, recibe la visita de amigos y familiares, trabaja, estudia, duerme, se relaciona con los demás, contemplan el mundo exterior, esperan el paso del día o simplemente espera o guarda la esperanza que regrese todo a la normalidad o en su defecto que llegue con apuro la muerte. En todo sentido, la cama en este caso no representa un encierro o una atadura, al contrario, representa y significa una oportunidad de aprender a estar en y en los territorios de la vida cotidiana, es como lo hemos resaltado, una forma o modo en que se apropian y se nombran los demás territorios. Es entonces, un librarse por una parte de las dinámicas del Cáncer y, por otra parte, un aventurarse o volcarse desde la cama hacia los placeres de la vida.

En definitiva, la cama, la puerta y la ventana hasta entonces han sido territorios o grandes espacios que han sido a nuestro parecer subsumidos por los estudios territoriales, siempre han estado allí objetivados, sin embargo, han quedado atrás como un gran recoveco o intersticio de los demás e imponentes territorios como la casa, el barrio y la ciudad entera. Ahora parece el mundo al revés o como hemos dicho el mundo a espaldas, ya que los recovecos para el Cáncer

pasan a ser precisamente las grandes e inmensas producciones territoriales en las cuales ahora se fijan los estudios territoriales. Por lo tanto, surge la necesidad con esta investigación de voltear la cara¹³⁸ y ver con otros ojos aquellos espacios o delimitaciones espaciales que siempre han estado ahí, pero que al verlos con la cohibición social de que es, por ejemplo, una simple ventana, una simple cama y una simple casa no será factible a nuestro parecer, reconocer la incidencia e influencia de estos actores no humanos en la producción, objetivación, gestión y ordenamiento de los territorios de la vida cotidiana.

Al reevaluar el papel de estos territorios, es de entrada una posibilidad que abre precisamente la puerta a proponer otras maneras en que las ventanas y las camas se establecen, se organizan y se disponen en los centros médicos, en los albergues y en las instituciones carcelarias ya que como vemos, gradualmente inciden en la mejoría del estado de salud del enfermo y en consecuencia del estado de ánimo de quien está preso, en tanto permiten allí, construir o mantener las relaciones con el mundo que ha sido cohibido por la perturbación o por la prohibición social de quien ha traspasado las normas culturalmente instituidas por la sociedad.

2.3.3 El albergue: un territorio de la espera y de la esperanza



Imagen 12 Los camarotes del albergue fundación la Misericordia. Milton V., 2017

¹³⁸ O, dicho en otro término, resemlar lo social como lo sugiere Bruno Latour (2008).

“la estancia en el sanatorio se puede entender como la de un largo viaje en transatlántico en el que se vive aislado del mundo, con la monotonía de un paisaje infinito y las sesiones de tumbona en las terrazas” (Quevedo, 2014, p. 5).

Contexto interno y externo del albergue la Misericordia, Manizales

El albergue, Fundación la Misericordia se encuentra en la ciudad de Manizales, está ubicado en medio de las dos avenidas más importantes para la movilidad de la ciudad, la avenida Santander y la avenida Paralela. Se encuentra situado específicamente en la calle 50 N. ° 24–56, frente a Confa¹³⁹ de la 50, a una cuadra del Hospital Infantil de Caldas, en el que están los pabellones de hospitalización de Oncólogos de Occidente tanto de niños como de adultos con cáncer. El recorrido del albergue al hospital infantil, lo constituye una zona de funerarias, solo por el recorrido habitual hay dos, desviando a una de las calles se encuentran otras dos funerarias, lo que hace, a mi parecer, complejo y desesperanzador el recorrido bien sea de los enfermos o de los acompañante (ver Ilustración 14).

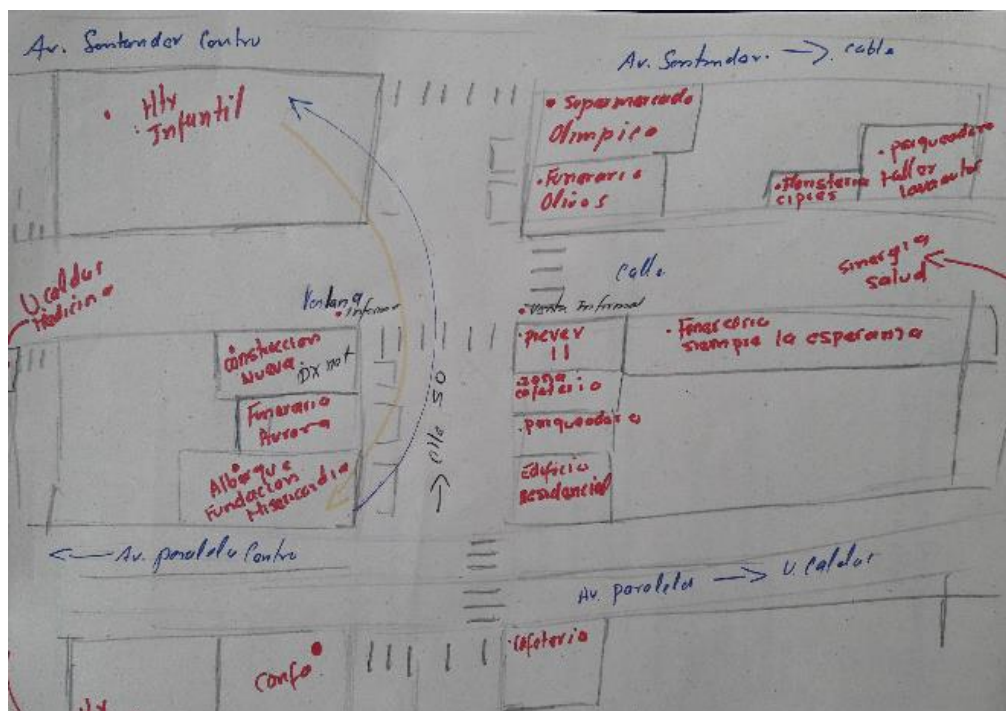


Ilustración 14 Visión panorámica Albergue la Misericordia y Hospital Infantil de Caldas. Milton V, 2016

¹³⁹ Caja de Compensación familiar de Caldas.

El albergue se encuentra dividido en tres grandes espacios; ropero (mercado de pulgas), albergue y hogar geriátrico. El ropero es un mercado de pulgas que contribuye al sustento de la fundación, allí reciben donaciones de todo tipo de productos que estén en buen estado, principalmente ropa, muebles y libros, que comercializan para obtener recursos. La parte del albergue se divide en dos plantas; en la primera planta están las oficinas administrativas, el oratorio, las habitaciones del personal, las salas de televisión, las habitaciones 13, 14 y 15, y las zonas de lavandería, cocina y comedor. En la segunda planta se encuentran las habitaciones de la 5 a la 11, además de las zonas de televisión y las duchas. Las habitaciones 10 y 11 están destinadas para los enfermos de cáncer y sus acompañantes.

El albergue es un servicio gratuito¹⁴⁰, el pago se hace por medio de un trueque, quienes ingresan a este lugar, deben colaborar con el aseo general de la casa, así como apoyar en lavandería y en la cocina según los turnos asignados por el equipo administrativo que lo conforman la directora, la coordinadora general del servicio, la jefe de cocina y la jefe de aseo, además de las monjas la Misericordia que prestan su servicio en el albergue. Para acceder al servicio del albergue, los enfermos deben ser remitidos formalmente, bien sea por la EPS¹⁴¹ o la IPS¹⁴², en este caso, por IPS Oncólogos de Occidente. Este servicio se prioriza para aquellos enfermos y acompañantes que vienen de municipios lejanos o de otros departamentos que no tienen familiares en la ciudad de Manizales ni recursos para costearse un hospedaje.

En la trayectoria de la clínica oncológica al albergue, el viajero se cruza con territorios intersticiales referente a la muerte, como lo son las funerarias. Ya en el albergue, el servicio es gratuito y destinado principalmente para los acompañantes de los niños enfermos de cáncer, en la actualidad se abrió a otras patologías y circunstancias vinculadas a los niños y niñas. El ingreso de otro tipo enfermos y acompañantes significó una segregación interna del uso y manejo del albergue por habitaciones, por ejemplo, las habitaciones 9 y 10 están destinadas solo para niños enfermos de cáncer o para sus acompañantes y así sucesivamente se organizan las demás habitaciones.

¹⁴⁰ En la actualidad, las discusiones apuntan a que sea la EPS del enfermo la que cubra también los gastos del albergue.

¹⁴¹ Entidades Prestadoras de Salud (EPS)

¹⁴² Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

El tiempo que se experimenta al interior del albergue, da cuenta de una clase de tiempo que es inferior al tiempo del mundo exterior, al tiempo del mundo real puesto que se encuentra mediado y concebido estructuralmente con relación al Cáncer, a la clínica y a la fe católica¹⁴³.

Algunas anotaciones históricas sobre los albergues oncológicos

Centrándonos en el caso colombiano debe recordar el lector que en Colombia hasta los años 80 solo existió como única clínica oncológica el Instituto Nacional de Cancerología situado en la ciudad de Bogotá, ya para los 90, el instituto por medio de un plan decenal de lucha contra el Cáncer se esparció habilitando clínicas u servicios oncológicos en otras ciudades del territorio nacional, entre las cuales se destacan Medellín, Cali, Pereira y Barranquilla solo por mencionar algunos.

Antes del plan decenal, los enfermos tanto del sector urbano como del sector rural de todo el país, debían viajar a Bogotá para ser tratados o al menos, para ser diagnosticados de este mal. Enfermos que en su mayoría de los casos realizaban estos viajes a la capital sin contar al menos, con un lugar al cual llegar para hospedarse o refugiarse mientras esperaban el inicio o la consulta con los especialistas en el Instituto, ni siquiera contaban con los fondos para pagar el traslado de sus ciudades de origen hasta la capital.

Esta centralización del Cáncer en la ciudad de Bogotá, generó una gran oleada migratoria hacia la capital de la república¹⁴⁴, desde enfermos solos hasta familias completas fueron llegando al Instituto Nacional de Cancerología en el que el común denominador era el mismo para todos los casos, enfermos y acompañantes sin un lugar en el cual refugiarse mientras transcurría el proceso de atención médica. Muchos de estos enfermos y familiares optaron por dormir en el parqueadero del Instituto o eran hospedados por los médicos o por el personal administrativo de la clínica en sus casas¹⁴⁵.

¹⁴³ De haber algún interés en profundizar en las dinámicas tanto externas como internas de la clínica, se recomienda visitar el siguiente enlace: <https://velasquezamc.wixsite.com/plandeviaje>

¹⁴⁴ Respecto de la migración causada por esta enfermedad, esta tesis no aporta cifras concretas en tanto no fue el fenómeno estudiado o abordado desde el principio, pues su incidencia y relevancia aparece al final de la misma. No obstante, algunos de los médicos destacados en la lucha contra el Cáncer llaman la atención a propósito de fenómeno que viene en un crecimiento representativo. Queda entonces, abierta esta línea de análisis bien sea para este trabajo o para otros trabajos interesados particularmente en la relación *Cáncer y migración*.

¹⁴⁵ Esto también ocurrió en la ciudad de Manizales cuando se abrieron los primeros servicios oncológicos, lo que motivo evidentemente la creación tanto del albergue o fundación la Misericordia en inmediaciones al hospital infantil de Caldas como de otra serie de fundación que tenían como objeto brindar hospedaje y apoyo a estos viajeros inesperados que arribaron a la ciudad.

No había hasta entonces, un servicio o un espacio alternativo a la clínica en el que los acompañantes de los enfermos se hospedaran en la ciudad de Bogotá. Esto de momento no era preocupación de la clínica, pues no era visto como una circunstancia situacional de esta enfermedad que podía llegar a causar una serie de inconvenientes colosales en relación por ejemplo al abandono del o de los tratamientos por parte de los enfermos viajeros o en su defecto, el incremento de la mortalidad por este mal en el país.

Hallazgos e interpretaciones

Lo anterior, que hace parte de la reseña historia del Cáncer en Colombia, es decir, de los primeros pasos de este actor por todo el país permite entrever dos asuntos estructurales que motivaron la creación de albergues o casas de refugios como continuidad y soporte de la clínica: primero, tiene que ver con las grandes oleadas de migraciones de enfermos tanto de sectores urbanos como de sectores rurales al centro del país en busca de servicios oncológicos u a otras grandes ciudades; y segundo, el abandono generalizado de los tratamientos por parte de los enfermos provenientes de otras regiones del país ya que no tenían un lugar en el cual hospedarse¹⁴⁶.

Estos aspectos índole médica, política, social, económica y geográfica vinculados transversalmente a la incidencia e influencia del Cáncer, confluyeron infaliblemente en la construcción y producción de lo que hoy conocemos como albergues u hogares de paso para enfermos de cáncer¹⁴⁷ en todo el territorio nacional¹⁴⁸.

En efecto, el albergue como lo clínica son a nuestro parecer en este recorrido por la estructura del mundo construido y posibilitado por el Cáncer, territorios emergentes y nuevos que se le

¹⁴⁶ Nos referimos, principalmente, a aquellos acompañantes de los enfermos que no tenían un lugar en el cual pasar la noche y en ocasiones, el día.

¹⁴⁷ Cuenta Efraim Otero Ruiz (1993) que en vista de la migración hacia Bogotá de enfermos y del abandono de estos de sus tratamientos, llevó al grupo de voluntariado o al pelotón de apoyo de lucha contra el Cáncer del instituto en cabeza de las señoras Helena Tamayo Muñoz y la esposa del Director del Instituto en ese momento (1972), Clara Gaitán Yanguas, a adquirir una casa en el barrio las Cruces para que fuese refugio o albergue para aquellos enfermos y familiares de muy escasos recursos, provenientes de lugares remotos del país que por el tipo de tratamiento y tipo de cáncer debía permanecer semanas, meses o años en Bogotá. Ambas mujeres, hoy por hoy son recordadas por ser las principales gestoras no solo de la noción de voluntariado en relación con el cáncer, sino también, de la noción de albergues de lucha contra el Cáncer, que más adelante se esparcieron por toda Colombia como lo hizo y lo hace este actor no humano. Este albergue en la actualidad cuenta con más de 50 camas disponibles para acompañantes y enfermos que son remitidos al Instituto Nacional de Cancerología de distintas partes del territorio nacional. A su vez, cuenta con varios servicios médicos, espirituales y de apoyo psicosocial.

¹⁴⁸ No hay una cifra exacta del número de fundaciones que prestan este tipo de servicios a nivel de todo el territorio nacional, pero la ley Sandra Ceballos (1384) estipula que todas las EPS deben auxiliar al enfermo tanto con los viáticos de viaje a otra ciudad en la cual se le va a prestar algún servicio oncológico, como en la gestión de un albergue para el enfermo y un acompañante en dicha ciudad. Como vemos entonces, el albergue ya hace parte de todo el entramado que constituye las escalas de representación del Cáncer, en tanto, es un eje esencial en el tratamiento de quienes viajan a otras ciudades del país o incluso fuera de este.

presentan al enfermo, ya que antes de la enfermedad no tenía conocimiento o idea alguna de su existencia o de su materialización en el mundo de la vida. En el caso del albergue, se interpreta como “territorio emergente” en vista de su novedad simbólica y espacial que representa, ya que por una parte, su materialización está asociada a las clínicas oncológicas o aquellas clínicas en las que el común denominador son estancias prolongadas, es decir, estancias en los servicios médicos que van más allá de 20 días. Y segundo porque su estructura interna y externa, da cuenta de una producción territorial inusual en la que el principal eje constituyente del habitar y ser en el mundo es la espera y no a la movilidad autónomo y libre de actores por el espacio.

Para referirnos al primer asunto propuesto, en el que planteamos al albergue como una materialización y extensión de la clínica oncológica, diremos al respecto, que el albergue de acuerdo con Jorge Sepúlveda (2012), *“es una escala más de las múltiples que formarían parte de la génesis o remisión del Cáncer”* (Sepúlveda, 2012, p 9). En este orden de ideas, el albergue como edificio o como casa contigua o no contigua a la clínica oncológica, se presenta como una producción territorial tanto en lo concerniente a lo físico como a lo simbólico de la clínica y de la enfermedad en sí. Es en último término, una producción territorial continua de las dinámicas y particularidades de este actor no humano.

El albergue, en este sentido, funge como una de las tantas escalas que constituyen la continuidad territorial que ha sido elaborada y proyectada por este actor no humano en el mundo de la vida de los actores humanos, es una escala de representación, en la que el sujeto enfermo o no enfermo vive una cotidianidad similar a la que se vive en la clínica, puesto que allí, no solo experimenta la sensación de estar en espera, sino también, de estar a espaldas del mundo real en tanto no es quien produce autónomamente la organización y gestión del espacio, esto, como en la clínica devienen de las normas y reglas del albergue y de este actor no humano.

Por lo tanto, al referirnos al albergue como una escala de representación del Cáncer y en consecuencia de la clínica oncológica, hacemos alusión no solo a esa continuidad cerrada que se instituye entre lo uno y otro (ver ilustración 15), sino también, a la idea que en el albergue se proyecta y se materializa simbólicamente una arquitectura, una organización y una demarcación (administración) similar a de la clínica. Aunque presenta variaciones con respecto a la construcción del tiempo y en la forma en que se vive el espacio, pues son otros los que ocupan

el albergue (acompañantes)¹⁴⁹, en ambas unidades de análisis territorial predominan las camas, las habitaciones, las ventanas, la higiene del espacio y de los objetos, las prácticas de medicalización, el ser relativo en el mundo, la presencia de la muerte y de la incertidumbre que se disputan con la vida el dominio del mundo, es decir, el dominio de la producción y objetivación territorial.

Son en términos generales, territorios multisituados asociados a un modo en que se produce y se construye territorios y territorialidades, que en este caso, se encuentran vinculadas a las prácticas, discursos y demarcaciones establecidas e impuestas por la estructura elaborada por el Cáncer.

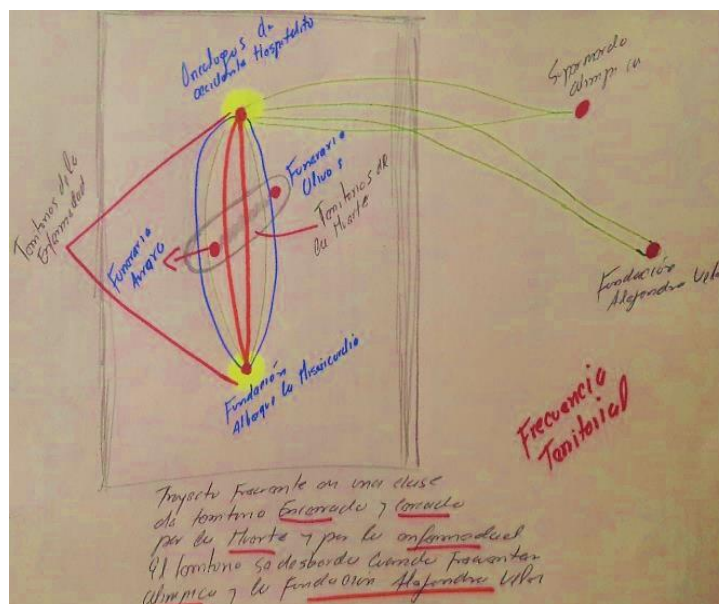


Ilustración 15 Trayectorias cerradas entre el albergue y la clínica oncológica. Milton V., 2016

Respecto a esta ilustración, es claro que entre la clínica y el albergue se constituye o se produce una clase de continuidad cerrada en la cual el tiempo, lo cotidiano y eventualmente la vida es enteramente intersticial, en la medida en que está subsumida al mundo de los sanos, siendo de esta manera, una continuidad gobernada por una serie de normas, reglas y patrones culturales que no son de este mundo, ni del mundo de los enfermos, sino que provienen de otro mundo que se emplaza como un intermedio entre ambas estructuras.

¹⁴⁹ Los huéspedes del albergue varían entre acompañantes y enfermos, lo cual está supeditado a la situación del enfermo si está o no hospitalizado, o en su defecto, realizando tratamiento ambulatorio, se hospeda el acompañante solo o se hospeda el acompañante y el enfermo.

De fondo ya sabemos que hay una relación dada por la asociación de estos espacios con el Cáncer, pero más allá de ello que es un hecho estructural al cual ya nos hemos referido en otros apartados, se producen otras circunstancias simbólicas y espaciales que por una parte reflejan la producción de canales y/o fronteras segregativas al interior de la ciudad por las cuales transitan enfermos y acompañantes de los enfermos. Y, por otra parte, son canales o fronteras a través de los cuales transitan no solo actores, también objetos, prácticas y discursos que se proyecta en el otro como extensión y representación.

En términos generales, el albergue y la clínica como los demás territorios de los cuales ya nos hemos referido al describir esta continuidad territorial, comparten una cotidianidad marcada por hábitos y rutinas situadas espacialmente en unas producciones controladas y gestionadas por otros, en las que lastimosamente el tiempo se alarga mientras el espacio se reduce paulatinamente a la casa, a la habitación, a la ventana, al trayecto del albergue a la clínica y viceversa.

En este marco, lo cotidiano ya no deviene del sujeto que lo produce, deviene de una serie de imposiciones internas (Cáncer) y externas (clínica y albergue) que estereotipan el campo de acción del o de los sujetos en el mundo o estructura social. La correlación y la coexistencia simultánea de la clínica y del albergue, es producto de esta serie de continuidades y marcajes temporales y espaciales que se reproducen y se proyectan en el otro como un complemento.

Este primer andamiaje expuesto a grosso modo referente a la asociación Cáncer-albergue o clínicas oncológicas-albergue, se proyecta no solo como una extensión de este actor, a su vez, se proyecta como la configuración de un espacio inusual¹⁵⁰ dispuesto y concebido para la espera de quien acompaña al enfermo a este mundo de los enfermos. Dicho en otras palabras, el albergue es a su vez *“un lugar diseñado de manera institucional para organizar la espera de los grupos que se mueven”* (Musset, 2015, p. 306), y en este caso para los grupos de enfermos de cáncer que viajan y transitan constantemente de un lado a otro en el marco de la estructura continúa posibilitada por este actor no humano.

¹⁵⁰ Decimos inusual ya que el mundo contemporáneo está constituido por espacios dispuestos o al menos pensados para la movilidad autónoma y libre de los actores. Incluso, la casa como lo hemos visto hasta ahora es producto de esta movilidad en la cual la casa no es el hogar, es la vivienda en la que se duerme, se alimenta y se descansa, la casa, entonces, no es la representación de ese rincón del mundo en el cual se desarrolla todo un universo simbólico, sino que la casa es un espacio de tránsito, reposo y descanso.

Allí en el albergue, los acompañantes que ambiguamente no son ni enfermos ni sanos, son habitados por la condición existencial del ser en espera y es fruto de esa condición y del tiempo prolongado, que se configura un vínculo tanto con el espacio como con los demás actores de este espacio, vínculo, que permite un trascender de un lugar de espera como un aeropuerto a un territorio de la espera como lo es en este caso el albergue u hogar de paso.

El acompañante al ingresar al albergue se encuentra con un mundo estereotipado en función de la espera, quienes administran el espacio lo hacen sabedor de cada una de las reglas y normas que constituyen el albergue, desde los horarios en los cuales se sirve el desayuno, el almuerzo y la comida hasta las maneras en que están distribuidas las habitaciones que en el caso del albergue La Misericordia están separadas por actores no humanos como lo hemos mencionado líneas atrás. Esta “segregación” interna en el uso y manejo del espacio, se realiza precisamente pensando en el tiempo de espera que comparten los enfermos o familiares de los enfermos de cáncer para que así, durante el transcurrir de ese largo y denso tiempo, construyan un vínculo compartido en relación con el hecho social y territorial que hoy los une y los mantendrá unidos por un tiempo en el albergue.

Esta unión entre personas sin ningún parentesco físico, más que el social y el simbólico fundado por la enfermedad, facilita la apropiación individual y colectiva de ese espacio o escala de representación del Cáncer como un territorio de la espera y de la esperanza en el que los acompañantes “esperan con paciencia y con esperanza”, el transcurrir del tratamiento y la pronta recuperación de su hijo, de su sobrino o de su nieto.

Esta relación espera-esperanza viene muy ligada a la idea de la vida en el tuberculario de Thomas Mann (2014), ya que en el caso del enfermo de tuberculosis este deposita su esperanza de recuperación en estas instituciones y para ello, debe, antes que nada, aprender a esperar en la tumbona o en la terraza, aprender a que pase el tiempo de afuera sin su presencia ya que esa espera no es más que la materialización del retorno al anterior estado o condición.

En el caso del albergue para acompañantes de los enfermos de cáncer, la espera-esperanza se encuentra soportada de otra manera, la espera que es larga y que en ocasiones va más allá de seis meses, es dinamizada a través del oratorio que está situado en el centro de la casa (ver imagen 14), por lo tanto, la esperanza como un modelo adicional que constituye la dimensión

existencial de la espera se objetiva y habita paralelamente la producción territorial de los acompañantes, ciertamente, delimita y constituye al mismo tiempo la territorialidad del espacio. Dicho en otras palabras, la relación ontológica entre la espera-esperanza que en último término produce la territorialidad del albergue como territorio de la espera, está situada y marcada por una temporalidad en la que el estar y el habitar en la espera, se caracteriza por el discurrir de una estructura pasada (recuerdos), una estructura presente (espera) y una estructura futura (esperanza) (González, 2016).

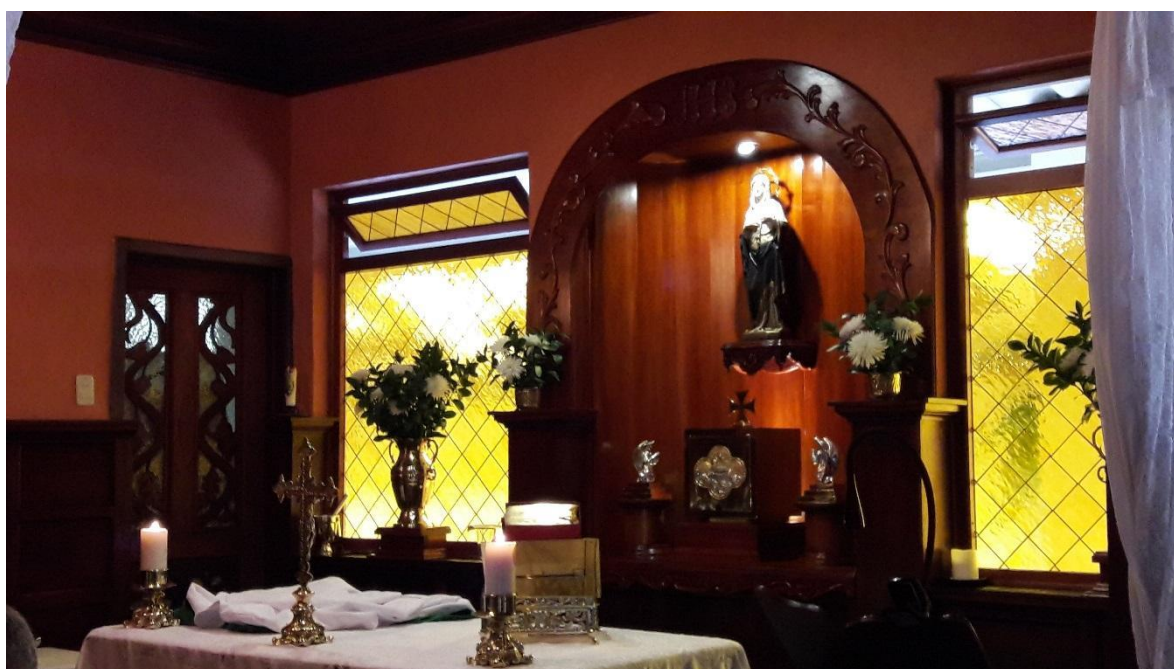


Imagen 13. El oratorio del albergue Fundación la Misericordia de Manizales. Milton V., 2016

Para ser más concretos y claros, el albergue trasciende de ser un lugar de espera, a ser un territorio de la espera, en tanto la dimensión existencial de la espera está objetivada en base a estas tres temporalidades (pasado, presente y futuro) que constituyen el transcurrir de un familiar de un enfermo de cáncer, en la medida que su condición de acompañante significa a su vez, una situación o condición de ambigüedad existencial en la que no es ni de este mundo, ni del mundo de los enfermos, está, entonces, en un intermedio emplazado esperando.

Esta condición de lo uno o lo otro que experimenta el acompañante, se debe en esencia a que *“son espacios en los cuales se experimentan los límites no solo de la sociedad, sino también del poder (tanto del Estado como de todos los actores involucrados en el manejo de la espera)”*

(Musset, 2015, p. 307). Límites, bordes o intermedios de la sociedad en los que como vemos no solo se experimenta el poder y conquista del Cáncer, a su vez, se experimenta la condición de ambigüedad en tanto se vive bajo un tiempo y actores humanos y no humanos que están subsumido como lo hemos dichos a dos grandes estructuras, por un lado, a la de los enfermos y por otro lado, a la de los sanos y es justamente en ese intermedio que se objetiva y se emplaza el albergue y en último término, la condición o dimensión de ser y de habitar en la espera el mundo.

Es claro, entonces, que la dimensión existencial del ser y del estar en los territorios es una espera constante. Esta dimensión se establece, a nuestro parecer, como el eje catalizador y estructurante de las prácticas y discursos de quienes ingresan a este “nuevo” e inusual espacio posibilitado por este actor no humano. Por lo tanto, quien arriba al albergue, arriba consciente de su nueva condición de ser y de estar en el mundo, pero es precisamente en el albergue, en el que producto de sus prácticas y discursos que lo constituyen que se hace aún más tangible esa dimensión existencial de la espera en tanto está diseñada, como lo hemos dicho, para administrar la espera de los viajeros, como ocurrió en Bogotá con el albergue y como ocurre ahora con el albergue la Misericordia de Manizales.

La espera como condición del habitar, significa o representa no solo una forma o manera en que el espacio se nos da, como un territorio de la espera, sino también, un modo en que el tiempo se discurre ya que el actor producto del Cáncer ya no se encuentra mediado por el deseo autónomo de la movilidad¹⁵¹, sino, por la imposición o establecimiento de la espera temporal, momentánea o fugaz en el mundo (Hiernaux, 2006). Tiempo que en este caso y bajo estas condiciones a las cuales nos hemos referido hasta momento, se caracteriza por ser un tiempo alargado, denso, difuso y extraño.

Indiscutiblemente el albergue como institución colonial del Cáncer tuvo gran relevancia e importancia en la forma como se territorializa el tratamiento y la lucha contra este actor en el país, puesto que posibilitó en estas grandes casas o edificios establecer, una extensión y/o representación del mundo de la espera que por una parte evito y evita el abandono de los tratamientos y por otra parte, ofrecía y ofrece protección en términos de alimentación y

¹⁵¹ No queremos decir que la movilidad de los actores desaparezca, es aún se mantiene, pero no como un deseo del enfermo o del acompañante, sino como una imposición del Cáncer.

seguridad a los migrantes y viajeros desprotegidos¹⁵² que fueron llegando a las grandes ciudades.

Circunstancias estas elementales o no, pero que clarifican y hacen tangible una forma en que no estando enfermo, se configura una condición distinta de estar y de producir el espacio, una condición que no está situada en el centro del ir y el venir de la movilidad absoluta de la vida y de los territorios, al contrario, y paradójicamente está o se encuentra en el centro de un ir y un venir situado en la situación existencial en y para la espera.

En este orden de ideas y para cerrar este apartado el territorio de la espera es, ontológicamente, una cuestión del ser en el mundo en la que lo fundamental es la dimensión existencial de la espera (Musset, 2015, p. 306). En el albergue, entonces, hay un despliegue de una serie de dimensiones o formas de ser y de estar en función de las emociones físicas y corporales, sea alegre, aliviado, triste o embargado por una incertidumbre inusual, siempre se está y se estará a la espera como en un gran viaje en transatlántico, no se deja de estar a la espera ni en lo uno ni en lo otro. Por lo tanto, el albergue en último término no es más que la extensión de un mundo y la representación de una condición existencial en el mundo que objetiva los modos y las formas del habitar y la manera en que se nos dan y se nos proyectan los territorios.

¹⁵² La población objeto del albergue son aquellos enfermos y acompañantes que por una parte, no tienen donde hospedarse y por la otra, no tienen recursos para pagar un hospedaje y mucho menos la alimentación y lo demás que representa quedarse por un tiempo prolongado en otra ciudad o país.

2.3.4 Una reflexión sobre el cuerpo y lo cotidiano: Lo transversal al Cáncer y al territorio

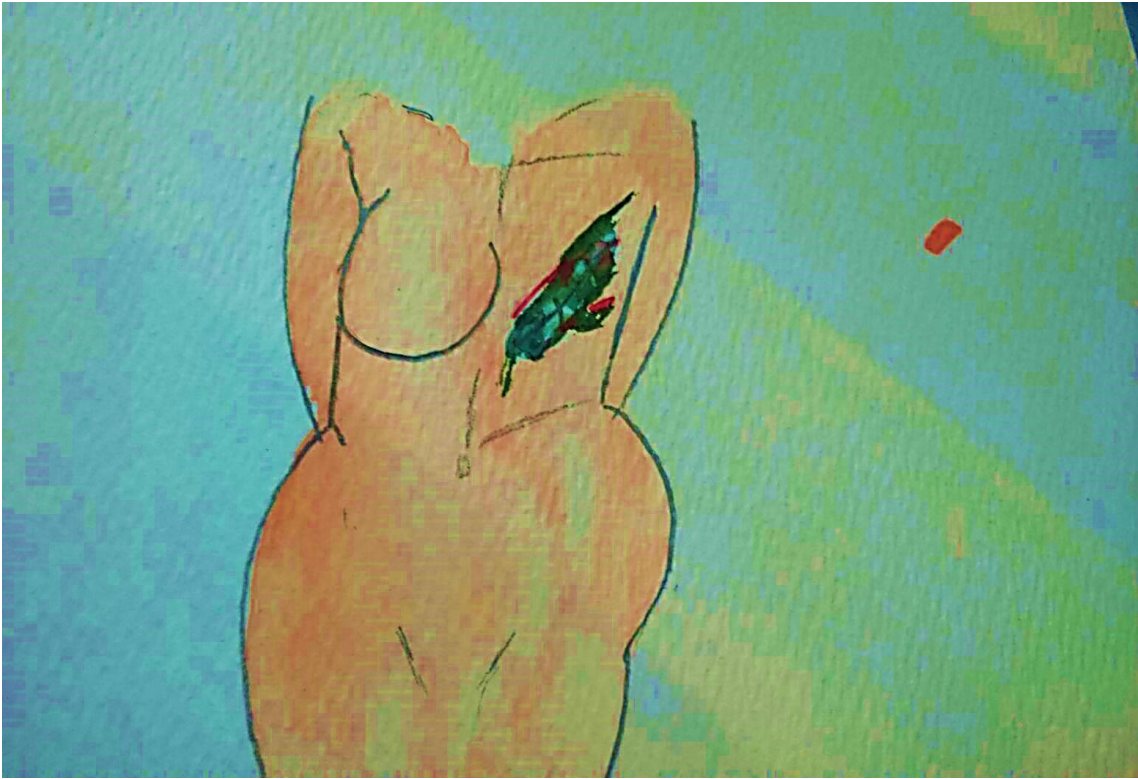


Ilustración 16 El cuerpo territorializado por el Cáncer. Lucia Cardona, 2015

El más difícil, aquel momento de soledad que vive el paciente cuando recibe el diagnóstico de su enfermedad, porque usted viene de un ritmo de vida muy diferente, donde pasa de vivir la vida de manera inconsciente a vivirla de forma conscientemente. Inconscientemente me refiero a que usted todos los días se levanta, se baña, desayuna, se lava los dientes, sale a trabajar, al medio día almuerza, en la tarde reuniones, el fin de semana sale a pagar la tarjeta de crédito y salir a pasear, esa es la rutina que uno hace, es inconsciente porque usted lo hace por rutina.

Pero cuando a usted le dicen, ya no puede ir a trabajar, le disminuyen los ingresos por enfermedad, que tiene que ir a una quimioterapia, que se va a caer el pelo, entonces usted se siente solo, que le cambió la vida, ve la vida sin esperanza, es allí, en esa soledad donde se hace consciente que es una persona mortal, por eso el diagnóstico es la etapa más dura que vive el enfermo (Noel, 2016).

Para cerrar este primer capítulo de la segunda parte, deseo hacer una reflexión en torno al cuerpo y a lo cotidiano, lo primero porque es el cuerpo sobre el cual se desarrolla y materializa esta continuidad posibilitada por el Cáncer y lo segundo, porque es a raíz de la experiencia del cuerpo, que lo cotidiano se va transformado y se va modificando, convirtiéndose en una clase de estructura nueva y extraña en la que el sujeto ya no es quien controla el ámbito de su vida,

inclusive, ya ni siquiera hace parte de él, radicalmente se encuentran fuera de ella como se encuentra fuera de su cuerpo y de sus territorios. De esta manera, iniciaré refiriéndome a algunos aspectos vinculados al cuerpo y posterior a ello, guiado por la experiencia del cuerpo, me enfocaré en la reflexión final sobre la vida cotidiana que se produce a raíz de la interferencia de este actor no humano¹⁵³.

La estructura o continuidad territorial elaborada por este actor no humano y de la cual hemos hablado hasta el momento¹⁵⁴, se caracteriza a nuestro parecer, por iniciar y por terminar su proceso de expansión territorial en el cuerpo y en aquellos territorios habitados que conforman y constituyen la vida cotidiana del sujeto. El cuerpo, en este orden de ideas, es para el Cáncer lo que es para un sujeto su casa, es decir, su rincón en el mundo, su primer universo en el que incide espacialmente tanto en los modos de asir el cuerpo, como en las maneras en que este se experimenta y se reproduce física, simbólica y territorialmente en el espacio habitado. Experiencia vivida en el cuerpo, que como veremos más adelante a su vez es vivida por el resto del mundo, es decir, por el ámbito de lo cotidiano y en especial por el espacio habitado.

El cuerpo es la primera porción del espacio conquistado y amansado por este actor no humano, debido, a que es allí en el que se expresa su naturaleza, su humor, sus prácticas y sus discursos que, posteriormente, se esparcen e irradian por las demás escalas y representaciones territoriales sobre las cuales suele frecuentar y transitar el cuerpo. Paradójicamente hablando, lo que le ocurre y lo que experimenta el cuerpo producto de la incidencia de este actor, le ocurre y lo experimenta paulatinamente los territorios habitados, frecuentados y transitados por el cuerpo.

Ahora bien, no estamos diciendo con lo anterior que el territorio caiga enfermo como el cuerpo, lo que decimos e intentaremos precisar, es que el cuerpo al perder fluidez (Le Breton, 1990) y su inconsciencia, se hace pesado y consciente, y ese hacerse pesado y consciente significa, entonces, tanto un percatarse del cuerpo y que se es cuerpo, como un percatarse eventualmente del territorio habitado, de los territorios vividos y de los territorios construidos socialmente como lo resalta Amparo *“uno con el cáncer aprende a conocer el cuerpo, uno se aprende a*

¹⁵³ Soy consciente, que hablar del cuerpo y de lo cotidiano, requiere de tiempo y en especial de rigor, pues son temas de gran alcance teórico y epistemológico. De momento, deseo, al menos, dejar abiertas algunas reflexiones, que espero, sean retomadas y profundizadas en otras investigaciones, bien sea doctoral o de otras investigaciones que se deriven de esta investigación.

¹⁵⁴ Recordemos que esta continuidad se encuentra constituida, como lo hemos mencionado hasta el momento por la clínica, la casa, el albergue y el cuerpo.

conocer”(Amparo, 2016), en último término, el sujeto inmerso en las dinámicas sociales se sitúa social, simbólica, política, cultural y territorialmente en el mundo de la vida, ya que se hace consciente de sí mismo, como del resto del ámbito de la vida que lo constituye o lo conforman, es decir, lo cotidiano.

El cuerpo, al ser dominado por el dolor producido por la enfermedad no solo se pone de manifiesto, a su vez, se pone de manifiesto los territorios paradigmáticos y estructurantes de la vida cotidiana del sujeto, como lo es la casa, la habitación, la ventana, la cama y el cuerpo mismo, ciertamente, es raíz de esta sensación en la que el cuerpo se siente, que los demás territorios de lo cotidiano se sienten y se comienzan a vivir simbólicamente. Recordemos por ejemplo, que la casa antes del Cáncer no era un territorio vivido conscientemente por sus huéspedes, era un espacio o un agregado más de la rutina de la vida cotidiana de los sujetos, no obstante, y a raíz de la incidencia de este actor, el sujeto se hace consciente de su casa, sino que es en ella, en la que comienza a vivir su mundo social, familiar y emocional que antes era vivido fuera de la casa.

De esta manera, el Cáncer suspende o detienen el mundo del sujeto, hace que este gire o vaya más despacio, como si estuviera en un gran trancón en el que se avanza a 10 kilómetros por hora, lo que le permite entretanto no solo conocer órgano por órgano como el mediastino, sino también, cada uno de los territorios habitados y transitados, desde sus particularidades hasta los objetos no humanos que los constituyen y los posibilitan como tal¹⁵⁵. En consecuencia, el Cáncer como un gran trancón, le permite distinguir detalladamente el paisaje que rodea y que constituye el habitar y el transitar del cuerpo, como es el ejemplo de la casa.

Evidentemente y como lo resalta David Le Breton (1990), el Cáncer bloquea cualquier interés hacia el mundo y hacia los otros, incluido allí, los territorios del sujeto como lo son la oficina de trabajo, la universidad, el colegio, la escuela y el cine entre otros. Establece un bloqueo del cuerpo hacia el mundo exterior que genera, motiva y desarrolla un interés hacia así mismo, así el cuerpo y hacia la enfermedad en general. El sujeto comienza a vivir consciente y mortalmente el mundo, lo cotidiano, para el sujeto deja de ser una esfera tranquila, ahora el sujeto

¹⁵⁵ Al contrario de esto, cuando no se está en trancón y la autopista está completamente sola para el conductor, el cuerpo como el paisaje que constituyen el recorrido desaparecen. No hay entonces, una percepción del entorno ni de sí mismo, entre tanto, el actor está volcado al gran mundo social. En cambio, cuando se está enfermo ocurre un proceso inverso, ya que el sujeto se centra en sí mismo y ese centrarse en sí mismo, le permite a su vez, un percibir de otra manera el paisaje.

experimenta la sensación de estar radicalmente fuera de su mundo cotidiano, de estar en otra escala o naturaleza del territorio habitado en la cual no es quien produce y construye el mundo, el sujeto ahora está de espaldas al mundo y en consecuencia de espaldas a lo cotidiano, no es quien delimita simbólicamente y socialmente el ancho de la estructura cotidiana.

“Se transita de un cuerpo sano a un cuerpo enfermo, de una armonía a una desarmonía” (Le Breton, 1990, p. 70) y en ese tránsito simbólico de un cuerpo a otro, el sujeto a su vez transita a otros territorios o continuidades territoriales antes no vista, antes no vividas o habitadas en las que se proyecta otro ordenamiento, otra gestión y planificación del tiempo y del espacio, es decir, otra estructura de lo cotidiano. En este orden de ideas, el sujeto producto de esa experiencia del cuerpo enfermo, comienza a ver los intersticios que están o estaban subsumidos al mundo real, ve los recovecos que hay detrás o debajo de los territorios mayores (Velásquez, 2009), de los territorios que están de frente al sujeto, ve entonces, lo que siempre ha estado detrás de un cuerpo sano, otra cotidianidad constituida por una serie de recovecos del cuerpo enfermo, del cuerpo conquistado por el Cáncer.

En vista de esto, lo cotidiano de acuerdo con David Le Breton (1990) es el refugio seguro, el lugar de los puntos de referencia tranquilizadores del sujeto, es el lugar en el que se siente protegido dentro de una trama constituida por hábitos y rutinas que es creada en el transcurrir del tiempo, es a su vez, una trama conquistada por esta nueva experiencia vivida por el cuerpo en tanto el *“hombre habita corporalmente el espacio y el tiempo de la vida”* (Le Breton, 1990, p. 100). Y ese habitar corporalmente lo cotidiano, significa o representa una forma o manera en que el cuerpo se desdobra y se reproduce proyectando de esta manera otra trama o estructura constituida en este caso por una serie de hábitos, comportamientos y rutinas inusuales en las que el eje posibilitador no son los placeres sociales y emocionales de la vida, sino la estructura interna del cuerpo mismo en términos físicos y simbólicos. En efecto, el cuerpo como el territorio, dejan de fluir en lo cotidiano ya que éste último es objetivado y delimitado por otras prácticas y discursos situados en otro tiempo y en otro espacio.

Hay de este modo, una clase de desfamiliarización de lo cotidiano, ya que el sujeto enfermo no se reconoce, no se refleja en la nueva estructura establecida y reproducida por el cuerpo en tanto, esta se encuentra constituida por una serie de dinámicas asociadas al mundo de la vida del Cáncer como lo son por ejemplo los controles constantes, la toma de medicamentos, el

aislamiento prolongado en casa, el uso de tapabocas y de gorro, la visita constante a los tratamientos y a los servicios de hospitalización entre otros vividos por el cuerpo. Por lo tanto, lo cotidiano visto como el mundo controlado, apropiado, delimitado y tranquilo del sujeto, ahora, no es más que un mundo impuesto, concebido y estructurado por este actor no humano, en el que la tranquilidad agoniza en la medida que el sujeto es subsumido por este actor.

El enfermo ahora no solo vive consciente de su cuerpo, a su vez, vive conscientemente de sus territorios y en consecuencia el ancho de lo cotidiano, cada una de las prácticas, de los discursos, de los hechos, de sus gestos, de sus comportamientos, de sus labores sociales, de sus laborales familiares y emocionales se viven mortalmente o, dicho en otras palabras, se viven en detalle. Se vive esta nueva estructura de lo cotidiano como si el enfermo siempre estuviera en un gran trancón por el cual se desdobra suavemente e íntimamente la vida social, económica y simbólica del sujeto.

Ir a pagar la tarjeta de crédito, ir a la oficina de trabajo, ir a pasear, ir a comer, ir a jugar golf, ir al cine o ir al mejor restaurante de la ciudad el fin de semana, ya no son los ejes que objetivan lo cotidiano y en consecuencia los territorios, esto, quedo atrás temporalmente como un recuerdo de lo que se era antes sin Cáncer, ahora, ir al centro de tratamiento, alimentarse adecuadamente y permanecer en casa son en esencia la rutina administrada que vive mortalmente el enfermo y que modela estrictamente la nueva vida cotidiana.

Vivir y discurrir mortalmente lo cotidiano implica entonces, un manejo y gestión del cuerpo consciente de que se es cuerpo, que se es consciente que en ninguna circunstancia se vive lo cotidiano en ausencia del cuerpo, al contrario, ahora el centro de lo cotidiano no solo es la presencia manifiesta del cuerpo como un territorio construido y disputado, a su vez, es la mortalidad de este. En términos generales, la experiencia del cuerpo habitado por el Cáncer permite de fondo percatarse del cuerpo, de sus bondades, de los lugares que los constituyen y de su incidencia espacial a la hora de reducir el mundo social y simbólico al cuerpo.

Ahora bien, tras este proceso de encuentro entre el cuerpo con sus recovecos, se materializa otro acontecimiento que no debemos dejar pasar y que al contrario debemos señalar, lo cotidiano “visto como ese espacio de control, como ese espacio transicional en el que el hombre doméstico vive y desdobra su campo de acción y en el que en último término construye su vida laboral o profesional, familiar, afectiva, social y cultural” (Le Breton, 1990, p. 46), da cuenta

evidentemente de una construcción y configuración autónoma del mundo, incluso del tiempo, es el sujeto quien producto de sus actividades va hilvanando la trama social de su vida, trama que es en última medida construida y posibilitada libremente por el andar y caminar del sujeto, incluso no hay tiempo que cohíba o prohíba el desarrollo de alguna de sus acciones.

Producto del Cáncer o de la incidencia en las acciones de este actor no humano, la gestión de lo cotidiano (cuerpo, espacio y tiempo) no se construye libre y autónomamente, ya que esto comienza a depender de las circunstancias mismas del cuerpo y de las indicaciones externas de la clínica y del médico. Como cuerpo enfermo, el sujeto ya no es quien delimita su mundo social y simbólico, como cuerpo enfermo y como subjetividad trastornada construye una cotidianidad relativa en tanto que es motivada y administrada por actores humanos y no humanos externos a su amplio del mundo, inclusive, la vida familiar, doméstica y social es transformada significativamente por las recomendaciones establecidas para este nuevo centro autónomo del mundo.

El sujeto, entonces, se convierte, a su vez, en un sujeto administrado y amarrado simbólicamente al mundo u estructura del Cáncer, lo que en consecuencia se comienza a reflejar en el ámbito externo de la vida social del sujeto mismo como lo relata a continuación una de las especialistas partícipes de esta investigación:

La mayor solicitud que me hacen los niños es que me den el alta médica, que me salve de la enfermedad y que me den certificados para hacer cualquier otra actividad fuera de la clínica, ellos se sienten amarrados a la enfermedad, se sienten que están amarrados a una cárcel, y en esa medida piden permiso para realizar cualquier actividad. Me ven como la dueña de la vida de los ellos, sienten que sin mi aprobación la vida de ellos no puede seguir o transcurrir con normalidad o sin temor alguno (Hana, 2016).

Se erige lo cotidiano como el orden del cuerpo y del al amplio de la vida, orden que como vemos, es liderado por el equipo de médicos que tratan el Cáncer, la vida en su amplitud no solo es administra al interior de la clínica, sino a su vez, fuera de esta. Lo cotidiano pasa a ser entonces, una frontera o camino cerrado en el que el sujeto vive amarrado y dominado por el tiempo, por las prácticas y por el discurso médico que se ha construido respecto al Cáncer. Lo cotidiano en términos generales, es invadido por toda la vida y estructura del cuerpo en el que no solo se siente el palpitar del corazón, sino también, el sufrir de cada lugar del cuerpo, de cada órgano.

En esencia el cuerpo y lo cotidiano son en este caso, los ejes estructurantes de esta nueva experiencia en y en los territorios, sin el cuerpo y sin lo cotidiano, no es factible comprender y

discurrir la incidencia espacial de este actor no humano. Lo territorial en este caso, se construye a partir de la transformación, modificación y trastorno que vive tanto el cuerpo como las prácticas cotidianas, ya que es en ese transformarse que se proyectan otras formas o maneras de habitar el espacio que tienen que ver con vivir consciente y mortalmente el espacio o la porción del espacio, ciertamente, con vivir territorialmente el mundo de la vida.

Así entonces, en este capítulo desde el inicio hasta el final, se ha intentado al menos describir e interpretar las particularidades y singularidades de los territorios construidos y posibilitados por el Cáncer, de los territorios que constituyen lo que hemos denominado como una continuidad territorial y espacial, que se emplaza en la homogeneidad territorial construida hasta el momento por los actores. Con este capítulo, queda claro a nuestro parecer, la incidencia y papel preponderante que asume esta perturbación física y simbólica cuando es visto y leído como un actor social no humano que es partícipe de la producción social y simbólica del ancho del mundo que se proyecta fuera del cuerpo.

En síntesis, hemos hablado hasta el momento no solo de las particularidades y singularidades de estos territorios, a su vez, hemos explicado a grosso modo sus procesos de territorialización en el mundo de la vida del sujeto enfermo, en este sentido, nos hemos referido a la clínica como la puerta que da paso a esta continuidad y a su vez, en la que el enfermo conquistado por la enfermedad y por las prácticas de medicalización, experimenta la sensación de estar de espaldas al territorio, de estar subsumido al mundo externo. A su vez, hemos hablado de la ventana, como la posibilidad de estar por una parte de frente a ese mundo real y a sí cómo la posibilidad de estar ubicado temporalmente en tiempo y espacio.

Así mismo, hemos centrado el discurso en la cama, vista esta como el nuevo centro y eje del mundo, en la casa como un ser relativo en la que el sujeto en términos simbólicos y metafóricos vuelve a ser quien es, dicho de otra manera, recupera relativamente su conexión temporal y territorial con el espacio y en el albergue, entendido este como una extensión de la clínica, pero a su vez, como un territorio construido y diseñado para la espera momentánea, temporal y definitiva del acompañante.

Finalmente, nos hemos referido al cuerpo y a lo cotidiano como la materialización de la experiencia transversal de los territorios del Cáncer, es decir, nos hemos referido a ello como la estructura que objetiva los demás territorios y sin las cuales, no es factible comprender y

entender la continuidad territorial posibilitada por este actor ya que, en este caso, el territorio se vive como un experiencial temporal y emocional.

En este capítulo quedó consignada la producción territorial realizada por el Cáncer, mas no el proceso de territorialización o de apropiación realizado por los enfermos, esto, por su pertinencia y relevancia lo hemos dejado para el tercer capítulo con el cual daremos cierre a esta construcción y expansión territorial del este actor. En este sentido, el capítulo que sigue, se centrará en mostrar los modos y maneras como los sujetos hacen suyo estos territorios inusuales y jamás vistos hasta el momento. Además de dar cuenta de los territorios posibles sobre los cuales piensan y discurren tanto los especialistas como los enfermos. Esto como una posibilidad de proyectar territorialmente ideas claves a la hora de pensar en la institucionalización de este tipo de males o de actores no humanos que implican estadías prolongadas lejos o fuera de sus mundos.

Capítulo 3

LOS TERRITORIOS DEL CÁNCER: DE LO LÚGUBRE Y CONCEBIDO A LO BRILLANTE Y POSIBLE



Imagen 14 La cama a la manera del enfermo. Milton V., 2016

En términos generales lo que se ha tratado en el anterior capítulo, ha estado referido particularmente, a describir los territorios normados y estereotipados por el Cáncer que proyectan otra imagen y representación de los territorios habitados, frecuentados y transitados por los actores humanos. En este orden de ideas, se ha hecho especial mención a la clínica oncológica, a la ventana, a la casa, a la cama, al albergue, al cuerpo y a lo cotidiano como una correlación y continuidad territorial que se unifica y se representa en lo que se ha denominado centro de tratamiento (unidad socio espacial de análisis –USEA–). En este proceso de descripción y análisis, el interés se ha centrado principalmente en dar cuenta de las particularidades y singularidades que constituyen y objetivan cada uno de estos territorios, con especial énfasis en las prácticas, discursos, objetos, actores y tiempo que domina este tipo de continuidades territoriales que van más allá del mundo delimitado y construido por el sujeto.

Ahora bien, no solo se intentó describir, a su vez, se interpretó cada uno de estos emplazamientos o jurisdicciones establecidas e impuesta por este actor no humano, entre tanto, representan para el enfermo o para los enfermos, una serie de significados ambiguos asociados a la experiencia vivida en cada uno de ellos, como a las emociones que los delimitan y los estructuran. La interpretación de estos territorios inusuales para los enfermos tuvo eco y relevancia en la medida que no solo eran dispuestos para la realización de la actividad por la cual habían sido producidos, como en el caso de la clínica, curar al enfermo o del albergue brindar protección y espera-esperanza al acompañante del enfermo o al mismo enfermo.

Más allá de esas funciones físicas eran y son espacios que producto del tiempo prolongado en el que son habitados por los enfermos o familiares de los enfermos, se construye una vida entera, un mundo paralelo al anterior y un vínculo asociado normalmente a lo que ha quedado atrás o a lo que ha quedado marginado por la incidencia de este actor como es el hogar, la oficina, los amigos, la universidad, el colegio o la escuela solo por mencionar algunos. Normalmente, la habitación de la clínica no es un receptáculo o lugar de la arquitectura de la clínica, es para muchos, su segundo hogar o en su defecto, su nuevo hogar del cual dependen física y simbólicamente.

Es así, como este tercer capítulo, tiene como objeto dar cuenta de dos cuestiones transversales al territorio, una de interés argumentativa del desarrollo mismo de la tesis y otra, de interés propositiva o sugerente a la manera o modo en que se deben pensar territorialmente estos

espacios a los cuales hemos hecho alusión hasta el momento. Lo primero tiene que ver con *analizar cómo los enfermos de cáncer acotan, nombran, delimitan y viven los territorios normados y contruidos por este actor*, es decir, como los enfermos apropian o territorializan estos emplazamientos inusuales que se les presentan en el mundo de lo cotidiano, teniendo como eje inevitable e irresistible la tercera fase del ritual de paso de Víctor Turner, que en este caso corresponde a la agregación o alcance final del rito.

Y lo segundo, muy conectado a lo anterior, tiene que ver con describir e interpretar las prácticas y discursos de los enfermos y especialistas que van más allá de acotar, delimitar y apropiar estos territorios que están relacionados con los territorios posibles y anhelados simbólica y arquitectónicamente por los enfermos. En términos generales, aquí lo que nos interesa es trabajar sobre lo que se ha conocido desde diferentes autores como Horacio Bozzano (2000) territorios posibles o Henri Lefebvre (2013) espacio vivido, ya que ambas categorías lo que dejan entrever es esa búsqueda constante tanto del enfermo como de los especialistas, de nuevas posibilidades de la realidad espacial establecida o concebida (Lefebvre, 2013) por el Cáncer. Dicho en otras palabras, esa exploración constante de los modos en que se gestionan, se nombran y se organizan los territorios posibilitados y producidos por este actor no humanos.

Para ser más claro, lo que se busca exponer son aquellas posibilidades en que por ejemplo, las clínicas oncológicas pueden llegar a ser pensadas, concebidas y proyectadas arquitectónica y simbólicamente por las dependencias gubernamentales del caso, en función no de un espacio físico dado en sí para el cuidado médico como quizás se ha hecho hasta ahora, sino, en función, de un territorio construido social y culturalmente por los actores enfermos para el cuidado y para el tratamiento médico. Este último que quizás es un producto de esta investigación, nos sugiere entonces avanzar y profundizar en una geografía cultural de salud en la que las categorías transversales del estudio del territorio sean tanto los actores humanos como los no humanos en tanto acotan y transforman las acciones que en último término, delimitan territorialmente el espacio.

En efecto, el deber de este capítulo es dar cuenta a grosso modo de estas circunstancias y hechos territoriales que se materializan en la medida que el enfermo visita con mayor frecuencia y continuidad estos espacios. Espacios que como veremos pasan de ser lúgubres, agresivos y oscuros a ser agradables, tranquilos y brillantes naturalmente por la incidencia y capacidad de

agencia paulatina que construye quien los habita y los transcurre temporalmente hasta el final de su retorno o hasta el final de sus días.

3.1 Terminación del ritual de paso: agregación y territorialización



Imagen 15 Días de quimio. Milton V., 2016

El lector quizás se pregunte o piense que en esta tesis se está presentando de manera separada y aislada la triada territorio, territorialización y territorialidad en la medida que en el capítulo anterior se habló o se intentó hablar del territorio, y ahora en este capítulo de la territorialización e inclusive la territorialidad. Con esta organización práctica y metodológica de la tesis no estamos fragmentando el desarrollo de la triada en mención, al contrario, lo que estamos haciendo es resaltar los hallazgos en relación con las categorías matrices de análisis e interpretación de la tesis, no obstante y para quede claro, en todo el documento lo construido se ha gestado precisamente desde la comprensión de la triada anteriormente mencionada, en tanto hablar o referirse a una de estas categorías, es referirse paralelamente a las tres en un correlación indisociable.

Ya con esto medianamente claro, intentaré, en este primer apartado, dar paso a describir y *analizar cómo los enfermos de cáncer acotan, nombran, delimitan y viven los territorios*

normados y contruidos por este actor no humano, ciertamente, como los apropian, los ajustan y moldean los territorios posibilitados e impuestos por este actor no humano en aras de hacerlos suyos, de construirlos en relación con sus particularidades y singularidades sociales y simbólicas.

Como veremos, el proceso de territorialización vivido por cada uno de los enfermos sea niño, adolescente, adulto o adulto mayor varían de acuerdo a las circunstancias mismas que rodean la experiencia de vivir con la enfermedad, pero en especial, varían de acuerdo a la temporalidad con la cual se visita, se transita y se frecuenta estos territorios, como también de acuerdo al tipo de cáncer mismo que según el estadio sea tres (3) o cuatro (4) evidencia otras estructuras que implican otros modos en que se apropia y se hace suyo el espacio. Pero es en último término el tiempo, las emociones y el anhelo por retornar a la antigua condición o estado, lo que constituye significativamente a nuestro parecer las estrategias de territorialización de los enfermos sugiriendo esto, que las estrategias de territorialización y territorialidad no solo se encuentran mediadas por el poder, sino también, por el tiempo y las emociones que se desprende de vivir esta experiencia.

Ahora bien, en el caso aquí trabajado entre Cáncer y territorio, las estrategias y dinámicas de territorialización se desdoblán en los espacios posibilitados por este actor. Después de que los actores hacen un tránsito por las tres fases que se circunscriben el ritual de paso propuesto por Víctor Turner (1980); los enfermos, entran a una cuarta fase propuesta en esta tesis, en la cual física y simbólicamente los enfermos no solo se incorporan a la nueva estructura, sino que a la vez, la van haciendo suya mediante sus prácticas y discursos. Esta cuarta fase propuesta tiene que ver entonces, con la territorialización y apropiación no solo del territorio, sino también, de ese nuevo estado o condición que se establece o se impone involuntariamente como es aquí el caso citado.

Los actores, experimenta como lo hemos dichos en el capítulo 2, un proceso de separación de su antigua condición física y simbólica del mundo social, familiar y laboral; y posterior a ello, inicia lo que Turner (1980) ha llamado un viaje o la transición de un estado a otro y a su vez, de un territorio a otro que como hemos aludido y para ser más claro con esto, pasa de estar de frente a estar de espaldas o subsumido a los territorios reales o de su vida cotidiana; luego de hacer este gran recorrido simbólico el enfermo se encuentra no solo ante una nueva condición o estado,

a su vez, ante una nueva estructura territorial continua asociada al Cáncer que proyecta otros discursos, otras prácticas, otros objetos, otros tiempos y otros actores.

Organización que además de aceptarla como tal, se agrega o dichos en otras palabras, se ajusta, ya que paulatinamente comienza a “*adquirir en virtud de ello derechos y obligaciones de tipo estructural y claramente definidos, esperándose de él (enfermo) que se comporte de acuerdo con ciertas normas de uso y patrones éticos*” (Turner, 1980, pp. 104, el paréntesis es mío), de este nuevo mundo que se comienza a extender a lo largo de la vida cotidiana del enfermo como se muestra en los siguientes relatos, uno de un enfermo y el otro de un especialista de Oncólogos de Occidente:

Por el Cáncer y por todo el montón de recomendaciones, deje de tener una vida buena a tener una vida de requerimientos, de cuidados, de mucho empeño con la enfermedad, salir de la parte de la salud, a entrar al mundo del Cáncer, es como tener otra responsabilidad, uno sabe que tiene que cuidarse. En el mundo de los enfermo uno se enfocó en uno mismo, en el otro mundo uno se enfoca en los demás, en las rumbas, paseos, que esto y lo otro. El mundo de la salud es paseos, fiestas, amigos, rumbas, que esto y que lo otro. En el mundo del Cáncer, tratamiento, pastas, jarabes, cuidados, alimentación sana, reposo y permanencia en la casa aislado. Muchos cuidados, demasiados procesos y muchas cosas que le cambian a uno la vida. Yo pasaba por acá, y veía la clínica, chévere una clínica al lado del batallón, pero nunca pensé que iba a terminar acá (Ernesto Rojas, 2016).

El centro de tratamiento con las diferentes restricciones cambia el sentido de la vida de los enfermos, por ejemplo, pasan de ver a sus familias solo 15 minutos al día, muchos dejan de comer, pasan toda la hospitalización sin comer, otros hacen trastornos del sueño precisamente por el cambio de espacios, sobre todo los ancianos porque no es un espacio en el que duermen siempre, además no es un sueño continuo porque los están despertando cada dos o tres horas para tomar signos y tomar muestras o darle medicamentos. Es una rutina que cambia por completo, por ejemplo, los adolescentes no madrugan, y acá lo deben hacer porque deben tenderles la cama, cambiarles sábanas y deben estar limpias antes de las 8 de la mañana, yo digo que les cambian mucho las rutinas a raíz del cáncer. (Emilia 2017).

Con estos dos relatos lo que se devela en este proceso de apropiación de los espacios construidos por el Cáncer, es la tercera fase del ritual de paso denominada la agregación que responde a un comprender las nuevas dinámicas estructurales de este nuevo mundo e incorporarlas paulatinamente en la “nueva” vida cotidiana del enfermo. El sujeto, en este sentido, adquiere nuevas obligaciones y deberes como asistir constantemente al médico y a los tratamientos, usar el tapabocas, usar gorro cuando se está fuera de casa o de la clínica, no frecuentar territorios públicos o abiertos, tomar los medicamentos en las horas indicadas por el tiempo indicado; y nuevos hábitos como alimentarse adecuadamente, comprar los alimentos en grandes

supermercados de cadena, levantarse temprano para asear el cuerpo y los espacio en los que permanece, cargar jabón antibacterial, permanecer en casa, no tener mascotas peludas como perros o gatos en casa, no salir cuando hace frío o llueve demasiado, dejar de ir al trabajo o a la universidad entre otros aspectos que debe ir interiorizar.

En consecuencia, el enfermo al ingresar a este mundo, adquiere una serie de obligaciones y hábitos relacionados especialmente con el uso y manejo del nuevo cuerpo y de la nueva realidad física y simbólica que lo constituye. Obligaciones que en la medida que cambia la naturaleza del cáncer o del tratamiento, ya que se puede llegar a pasar de un tratamiento de primera línea a un tratamiento de segunda, tercera o cuarta línea como lo son los trasplantes de médula ósea¹⁵⁶. Estos cambios de tratamiento que responden evidentemente a la avanzada de la enfermedad no solo agudizan, sino que a su vez, complejizan las estrategias o procesos de territorialización de los actores entre tanto su interiorización implica cumplir a cabalidad con una multiplicidad de normas, reglas, recomendaciones y prohibiciones sociales y simbólicas.

Multiplicidad de cosas, prácticas y discursos de medicalización que en este casos tienen que ver con no salir del cuarto, no relacionarse ni con los familiares a la espera que se recuperen las defensas posterior de un trasplante de médula ósea, permanecer en cama, no salir o no asomarse por la ventana, cambiar de casa cuando está no se encuentra en condiciones para ser habitada por un enfermo de cáncer, vivir por más de nueve (9) meses en otra ciudad mientras se realiza el trasplante, dejar de vivir en el campo para vivir en la ciudad, ya que el primero paradójicamente es visto por los médicos, como una “amenaza” para el enfermo, ya sea por las

¹⁵⁶ Los trasplantes de médula ósea son un procedimiento a través del cual, se reemplazan las células madres defectuosas de la médula de una persona con cáncer en la sangre (leucemia) u otro tipo de cáncer o enfermedad ([biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, información de salud. Enciclopedia médica](#)). Este procedimiento implica un tratamiento voraz de quimioterapia en el que el enfermo es llevado hasta el límite, quedando sin algún tipo de defensa en el cuerpo, como refieren algunos enfermos que han atravesado por este proceso, es como cuando se nace, que se llega al mundo sin defensas y sin nada, igual pasa con el trasplante. Ya aplicada la quimioterapia y de acuerdo al tipo de trasplante se procede a ejecutar el plan. Este proceso tiene 14 días contados a partir del día cero en que se realiza el trasplante para pegar, es decir, para acomodarse en el cuerpo del sujeto, si esto no ocurre en los días establecidos, quiere decir que el trasplante fracasa, de lo contrario, fue un éxito. Pero para que esto llegue a un buen puerto, el enfermo y sus familiares deben transitar por otro tipo de fases de un ritual más estricto en el que no llegar a cumplir con lo indicado, es factible que se pierda el procedimiento, ciertamente, que el enfermo recaiga en su cáncer. Durante este tiempo, que son más de 9 meses de cuidados intensivos y estrictos, el enfermo y sus familiares deben permanecer aislados en una unidad especial de trasplante, en la cual los médicos no visitan a sus enfermos, sino que los observan a través de una ventana, los acompañantes permanecen con un traje especial entre otras circunstancias de gran exigencia médica. Pasados los primeros meses de esos 9, el enfermo llega a salir del cuarto y caminar por el pabellón de trasplante, luego de ello, puede llegar a salir del pabellón y asomarse por los balcones, posterior de ello sale de la Unidad de Trasplante a vivir en un albergue o en una casa cerca a la unidad para controlar constantemente algún tipo de síntoma o adversidad, pasados los 9 meses o el año en algunos casos puedes regresar a sus casa bajo un parámetro de normas rígidas que deben cumplir, de no cumplirlas deben regresar a la Unidad. Esto es a grosso modo un proceso de trasplante que a nuestro parecer implica otra escala de representación territorial del cáncer, otra escala que debe ser estudiada por otras investigaciones en tanto las construcciones territoriales y simbólicas no han sido lo suficientemente estudiadas o trabajadas en relación con el territorio y la condición de ambigüedad del sujeto en tanto ya no es ni enfermo, pero tampoco es un sano.

distancias que puede demorar de la finca a la clínica en caso de urgencias por el déficit de los medios de transporte de la finca a la ciudad, o por el “atraso” de los territorios rurales¹⁵⁷ entre otros aspectos ya señalados. Normalmente se les recomienda o se les sugiere a los enfermos trasladarse de la finca a las ciudades en las que se encuentra la clínica donde son atendidos, o al menos si esto no es posible, que se trasladen a la cabecera municipal de los pueblos.

Como dice Ernesto Rojas, se pasa de una vida buena a una vida colmada de una serie de requerimientos que generan eventualmente, que los modos en que se frecuenta, se habita y se vive el territorio sean enteramente distintos a la de los demás sujetos que no hacen parte de este mundo o estructura del Cáncer. Y es a causa de esto, que por un lado el enfermo experimenta la sensación de inferioridad y por el otro, de estar fuera o de espaldas al mundo social construido por el sujeto antes del cáncer.

Cumplir con cada una de estas recomendaciones o requerimiento representa o significa en el ritual de paso, cumplir o alcanzar el ritual o, dicho de otra manera, incorporarse o reincorporarse (Turner, 1980) a las nuevas dinámicas establecidas en esta nueva sociedad de los enfermos o como dice Elías (2009) en la soledad de los moribundos. Esta fase que en último término es el encuentro y la correspondencia con el Cáncer posibilita al enfermo, aceptar tanto su condición de enfermo y/o condición de lucha constante contra este actor no humano, como también, representa esa posibilidad de aceptar enteramente las nuevos modos y formas en que no solo se habita el o los territorios, sino también, en que estos son territorializados y apropiados física y simbólicamente.

En efecto, la incorporación es la fase final de una experiencia que aún no termina, sino que continua ya sea desde un retorno a la antigua condición en tanto se controló el Cáncer como es el caso de mi padre o, en su defecto, se continúa inmerso en este mundo en tanto no ha sido posible por ningún medio controlar la conquista de este actor no humano. En cada uno de los casos, la fase se completó e incluso en el segundo caso, se vive de nuevo en la medida que las circunstancias en que se muestra la naturaleza del Cáncer y de los territorios de este cambian

¹⁵⁷ Utilizo expresión paradójicamente ya que se debe considerar una relación inversa entre lo rural y lo urbano, donde lo primero, debe verse como un territorio oportuno para el enfermo, como un territorio en el que el enfermo recupera su estado de salud y lo segundo, no verse como el estado de estasis de la salud, cuando los niveles de contaminación en las grandes metrópolis van en aumento significativo, lo que evidentemente, empeora la salud de quien ahora está enfermo. En este sentido, debe replantearse este racionamiento de lo uno y de lo otro, ya que los territorios rurales son en todo el sentido de las palabras territorios “libres” de los contaminantes y bacterias que ahora habitan en las ciudades intervenidas urbanísticamente.

significativamente en el que cada visita a la clínica o a las clínicas, implica evidentemente un proceso de incorporación y agregación de las dinámicas mismas que constituyen cada uno de los territorios.

La agregación es un volver a llegar al mundo, es, eventualmente, como cuando se llega a un territorio nuevo, un conocerlo, un caminarlo, un acondicionarse a él, un acoplarse, un ajustarse práctica y discursivamente a ese mundo y a ese territorio. La agregación es entonces, un haber transitado por cada una de las escalas de representación y manejo del ese territorio hasta hacerlo suyo a través de la proyección de los interés y deseos de quien transita o habita dicho territorio.

De esta manera y en este contexto en el que se desarrolla la investigación, el sujeto enfermo tras haber incorporado las dinámicas internas y externas de este territorio, pasa a la última fase cíclica y transversal que proponemos, que en este caso es la territorialización y delimitación de los territorios establecidos por este actor no humano, dicho en otras palabras, pasa de la aceptación, encuentro e incorporación del mundo a la apropiación de este por medio de distintas estrategias, circunstancias o acontecimientos que a continuación comenzaremos a detallar.

Es así que la territorialización en este caso en particular en el que los territorios se encuentran transitados por actores no humanos como el Cáncer, está terciada eventualmente por el poder, las emociones y por los anhelos de cada uno de los sujetos que visitan este mundo, como por la terminación de esta fase de agregación del ritual de paso. Si el sujeto no ha logrado alcanzar el nuevo estado establecido, construido e impuesto por el Cáncer escasamente incorporará y hará suyo su nuevo estado, así como los territorios que a este estado le corresponden o le competen vivir, transitar, frecuentar y habitar.

Sin duda alguna, la territorialización en este marco no puede ser pensada y delimitada si antes, no se ha materializado escalonadamente la agregación o incorporación de las prácticas y discursos que constituyen cada uno de estos territorios. A partir de este hecho u acontecimiento, el sujeto comienza a vivir su cuerpo, la clínica, el albergue, la casa y la ciudad como una construcción que ha sido compartida con los otros, en este caso, con el Cáncer.

La territorialización entendida por diferentes autores “*como un proceso o estrategia que se utiliza o que se desarrolla para delimitar, dominar y apropiarse de un gran espacio o una pequeña porción del espacio*” (Nates, 2010; Haesbaert, 2004 & Sacks, 1986), representa en

principio o es la materialización y representación del poder y de la disputa constante por esa porción del espacio entre los diferentes actores humanos y no humanos que lo transitan, lo frecuenta y que buscan habitarlo a partir de las proyección de sus interés, prácticas y discursos.

Como hemos esbozado hasta el momento a propósito del Cáncer, quien a través del dominio e incidencia en las acciones de los humanos no solo modifica el estado mismo de los actores, su identidad y relaciones sociales, políticas, económicas, laborales y simbólicas, sino que a su vez, como actor social no humano tuvo y tiene la capacidad de incidir en la transformación profunda en la forma en que se habita territorialmente el mundo y en especial la vida cotidiana de cada sujeto dominado, sino que también, incidió e incide en la manera en que se presentan, proyectan, organizan, estructuran los trayectos y las asociaciones entre los territorios y en últimos términos, los territorios mismos que constituyen lo cotidiano de cada uno de los enfermos. Visto de esta manera, no solo hay una apropiación del sujeto o del cuerpo del sujeto, sino que también, hay una especie de territorialización de los territorios habitados por el sujeto o el cuerpo del sujeto.

La territorialización asumida como proceso y estrategia, es un modo en que los actores humanos y no humanos, ejercen su poder sobre los territorios a través de la delimitación y acotación que realizan temporalmente a raíz de las circunstancias y dinámicas particulares en las cuales se encuentran envueltos cada uno de los sujetos, en este caso, los enfermos. Pero a su vez, considero que la territorialización no solo debe ser vista como un producto u representación del poder en el territorio, a su vez, y en relación con este tipo de actores y territorios en estudio, la territorialización se encuentra mediada por la agregación e incorporación de la estructura, por el tiempo en que se habita temporalmente este otro lado del mundo y finalmente, por las emociones que eventualmente comienzan a jugar un papel preponderante en el accionar de las estrategias y procesos de apropiación de los espacios. Son en consecuencias, estos aspectos los que determinan y posibilitan que los actores hagan suyo o cultiven la habitación de la clínica, la clínica misma, el albergue, la casa y la ciudad que ahora experimentan, viven y observan a través del cuerpo del Cáncer. Es entonces, un disputarle a este actor no humano la producción y objetivación territorial.

La territorialización en este sentido representa esa fase cíclica, transversal y estructurante de todo el ritual de paso, de todo ritual de viaje, es tanto el inicio (reconocimiento) como el fin (apropiación) de una dinámica simbólica por medio de la cual el sujeto conquistado por el

Cáncer, es visitante y migrante en nuevos territorios en tanto indica y resalta Rogério Haesbaert, se trata de un sujeto que en sus viajes paulatinamente sea des-territorializado y ha roto con las costumbres de su hogar o de su *antigua condición* (Haesbaert, 2004. La cursiva es mía), y ello conlleva a que ese sujeto que constantemente se está desterritorializando de nuevo lo vuelva a territorializar, aunque se trate físicamente de los mismos espacios¹⁵⁸, como la casa, el albergue o la clínica ya que simbólicamente no son o no serán el mismo territorio¹⁵⁹.

En esta medida, al ser los enfermos sujetos nómadas que se movilizan más allá de sus linderos, límites y territorios construidos socialmente ampliándolos a otros límites o territorios de referencia como lo son en este caso la ciudad, la clínica, el albergue y en otros casos la casa misma en la cual ha vivido parte de su historia el sujeto; el territorio entonces es de nuevo territorializado o *“es definido en términos del territorio portado, es decir, que su significación se lleva consigo para desde allí dar sentido al espacio físico con el que se topan en sus travesías o asentamientos temporales”* (Nates, 2011, pp. 215), evidentemente, el actor social al experimentar el Cáncer y al vivir el cambio de estado o condición en el mundo que por un parte implica ambiguamente un ampliar y retraer el territorio¹⁶⁰, mantiene pese a las circunstancias más adversas de la condición humana y no humanas como lo es la muerte misma, su significación del mundo, su visión y construcción del mundo que eventualmente proyectará sobre cada uno de esos asentamientos temporales o residenciales que visitará o frecuentará como lo son en especial la cama de la clínica, la habitación de la clínica, la clínica, la cama del albergue y la habitación de su casa solo por mencionar algunos como lo indican los siguientes relatos e imágenes:

¹⁵⁸ Hay otros casos, en los que los enfermos y sus familias si experimentan un cambio o transformación física del espacio, en especial cuando se trasladan del campo a la ciudad, o cuando deben cambiar la casa o transformarla para que esté acorde a las nuevas circunstancias y patrones culturales establecidos por el Cáncer o en su defecto, cuando se trasladan a vivir temporalmente en un albergue situado en la ciudad en la cual están realizando el tratamiento. Son a mi parecer, estos casos en los cuales el enfermo y su familia se enfrentan literalmente a nuevo espacio que no solo está mediado y condicionado por otras normas y reglas en su uso, sino también por otros actores humanos y no humanos.

¹⁵⁹ Como es el ejemplo de la casa que, tras el Cáncer, esta se ve o se vive bajo otras objetivaciones y delimitaciones establecidas por este actor no humano ocasionando en este sentido, un nuevo mundo doméstico en el que el enfermo aún no se reconoce o en su defecto, en el que se comienza a reconocer.

¹⁶⁰ En este caso nos referimos a ampliar y a su vez reducir o minimizar el mundo en la medida que el sujeto al ir incorporando las nuevas dinámicas asociadas a la vida y “obra” del Cáncer, es alejado o cohibido de visitar o incluso de habitar temporalmente diversos territorios estructurantes de su vida cotidiana, que de acuerdo al estado o condición de la cual gozaba al interior de la sociedad pueden llegar a ser la oficina de trabajo, el colegio, la escuela, la universidad, la iglesia, los escenarios deportivos o sociales como bares, discotecas, cines, estadios, o parques solo por mencionar algunas. Y en esta misma medida, en función de su nuevo estado de enfermo el mundo es retraído y a su vez ampliado a otras continuidades territoriales para entonces eran desconocidos como lo son la clínica, el albergue, los laboratorios químicos y físicos de toma de imágenes, las unidades de trasplante, la casa, la cama y los medios de transporte solo por mencionar algunos.

Cuando hospitalizan a Alberto, lo único que le gusta llevar es su cobija y su almohada con la que duermen cuando está en casa, además de su escapulario que siempre lo lleva con él. No puede vivir sin ninguno de ellos (Mamá de Alberto, 2016).



Imagen 16 La cobija, la almohada y los peluches sobre la cama. Milton V., 2016

Cuando Tamara ingresaba Hospitalización en Oncólogos del Occidente de Pereira o de Manizales, lo que siempre llevaba era su saco y los juguetes preferidos con los que jugaba en casa cuando la visitaban sus amigos. Siempre llevaba juguetes que le dejaran entrar, no todos los podía llevar por las restricciones (Mamá de Tamara, 2016).



Imagen 17 La habitación, mi mundo ampliado y retraído. Milton V., 2016

Cuando yo estuve en Bogotá hospitalizada bastante tiempo, decoré la habitación con todos los mensajes que me mandaban de Armenia los amigos, también la decoré con la foto de los perros, con fotos de mi papa, de mi mama y de mi hermano. La habitación era llena de fotos, como de las cosas que lo representan a uno y que uno más extraña, de lo que uno más extraña (Eleonor Ballesteros, 2015).

Los asentamientos temporales mostrados en las imágenes anteriores (17 y 18) corresponden en su orden, a una de las habitaciones de la clínica de Oncólogos de Occidente sede Pereira y a una habitación del Hospital Infantil de Manizales, tercer piso pabellón de Oncología de Oncólogos de Occidente. En ambos casos, las habitaciones se encontraban habitadas por un adolescente de 17 años y por una niña de 10 años de la ciudad de Armenia, sus acompañantes normalmente fueron y son aún sus mamás.

Se observa entonces, que, tras la aceptación del espacio, es decir, tras familiarizarse con las dinámicas y formas que lo tejen y lo constituyen, los transeúntes paulatinamente inician un proceso de apropiación y de cultivación de ese territorio, lo decoran, lo pintan, lo dibujan, lo imaginan y lo transforman a través de su significación y representación. Se trata de esta manera,

de un ejercicio de proyección de su propio mundo y de su propio territorio sobre este nuevo e inusual que se les presentan en esta travesía que los habita y los objetiva.

Normalmente estos procesos de proyección y apropiación transcurren o se desarrollan con mayor resonancia pasados las primeras semanas o meses de haber arribado a estos territorios, ya que, en los primeros días o semanas, el enfermo y su acompañante se encuentran caminando cada espacio y rincón de este mundo, conociendo e interpelando (o desterritorializando) las formas y las estructuras normativas y arquitectónicas del mismo. Esto les permite no solo conocer y reconocerse en este nuevo territorio, a su vez, les permite ir incorporando las normas, las reglas, las prácticas, los discursos y los nombres de los nuevos actores que lo habitan y ya con esto claro, el enfermo comienza a hacer un “trasteo” físico y simbólico de su mundo hacia este mundo, “trasteo” que implica de esta manera un traerse consigo aquellos objetos íntimos y personales determinantes en la construcción de los modos y formas de habitar y vivir el territorio.

En el caso de los niños y adolescentes menores de 17 años, habitualmente viajan en su mochila con sus almohadas, cobijas, superhéroe favorito, disfraces que representa la valentía¹⁶¹, peluches, muñecas, pijamas entre otros objetos que representan ese mundo interior y exterior construido social y culturalmente antes del hito territorial del cáncer. Dichos en otras palabras, el niño (a) o el adolescente ingresan a este mundo con aquellos objetos que representan sus intereses, sus significaciones y sus gustos más familiares, objetos que, en último término, les permite extender la casa o la habitación de la casa hasta la habitación de la clínica, permitiéndole por una parte hacer de este territorio lúgubre, desconocido y agresivo un territorio conocido, tranquilo y familiar para ellos.

De acuerdo con Michel de Certeau (1994), el actor social dibuja y proyecta un retrato en el territorio que se le parece, que se le hace significativo simbólicamente en el tiempo (Certeau, 2010), un retrato que se le hace familiar, que se le hace cercano y no lejano o lúgubre. Un retrato a través del cual cada actor construye o produce sobre la cama-habitación asignada en la clínica ese mundo particular y singularizado en el que el enfermo experimenta la sensación de estar en lo suyo, de estar en su cama, de estar en su habitación y de estar en su casa.

¹⁶¹ Para el niño representa abigarramiento, valentía y confianza y para sus acompañantes sean sus padres, abuelos, tíos o hermanos esperanza.

En consecuencia, el enfermo metafóricamente hablando, reduce su gran mundo a la cama y a la habitación. Ese acto de retratar constantemente mi mundo en el mundo exterior de los otros o de los demás no es más que un acto o acontecimiento de cultivar, amansar y hacer suyo cada uno de los territorios que producto de la temporalidad o de las estadías prolongadas el enfermo se ve obligado o abocado a hacerse de ese territorio para vivir con tranquilidad y esperanza lo cotidianos o la espera en esos nuevos territorios.

Las estrategias y/o procesos de territorialización varían en relación con la edad y a las costumbres de quien arriba al territorio, como vimos en el caso de los niños los principales objetos son sus juguetes, sus gustos y los objetos de entretenimiento como el celular, la Tablet, el rompecabezas, los libros para colorear o leer, los crucigramas y los videojuegos entre otros¹⁶². En el caso de los adultos los modos o las estrategias para apoderarse o para hacerse suyo estos territorios posibilitados por el Cáncer provienen principalmente de aquellos objetos que están asociados a las creencias religiosas, a los hábitos cotidianos (escuchar música, escuchar las noticias a una hora precisa en la mañana o en la noche) y a los acompañantes felinos o perrunos que están en casa y que ahora están en la ventana de la habitación de la clínica (ver imágenes 19 y 20).

¹⁶² Estos objetos se encuentran estrechamente relacionados al estrato socioeconómico del niño (a) o del adolescente, ya que no todos cuenta con las mismas posibilidades de acceder a una Tablet, un celular de última generación o un videojuego para “matar” el tiempo en clínica o en la casa, en ese caso, quienes no tienen estas posibilidades comparten con aquellos que sí cuentan con estos objetos y en otras ocasiones cuando sus compañeros de habitación no tienen estos equipos, optan por llevar libros para colorear, para leer o para dibujar, así, como otros niños (a) o adolescentes que normalmente vienen del campo, llevan material como rueditas pequeñas de colores para hacer pulseras, palitos de helado para hacer casas o cartones para pintar grandes y hermosos cuadros de imágenes sagradas o esperanzadoras. Esto lo hacen tanto para entretenerse y “matar” el tiempo del cáncer, como para conseguir algunos recursos necesarios para la estadía del acompañante.



Imagen 18 El altar en la Clínica de Oncólogos de Occidente, Sede Pereira. Milton V., 2015



Imagen 19 El radio y el atril de quimioterapia, Sede Pereira. Milton V., 2016

Las imágenes religiosas que se muestran en la imagen 19, corresponden comúnmente al arcángel San Rafael (ángel encargado de curar la tierra y a sus habitantes) que es utilizada por las mujeres mayores de 30 años sean esposas, tías o madres que acompañan al enfermo, sea su hijo, su esposo, su sobrino o su nieto. Imagen que a nuestro parecer, representan una territorialización supraterritorial y supraespiritual en la medida que es una extensión del mundo sagrado del mundo de la vida de cada uno de los actores. Y disponer de estas imágenes en la habitación de la clínica, no es más que personificar la construcción territorial de la fe, así, como la construcción simbólica y territorial de la esperanza y del anhelo de recuperar la salud, es decir, de vencer al Cáncer. Además, de familiarizar y hacer de ese espacio un territorio esperanzador y brillante.

En términos generales, esta imagen como el “territorio portado” de los acompañantes y de los enfermos, fungen como un acompañante más del enfermo a este mundo, máxime, cuando en ninguna de las clínicas de Oncólogos de Occidente se cuenta con un oratorio o espacio de reflexión y conexión divina con un mundo que vas más allá del mundo externo, con un mundo territorial imaginado y representado en la iglesia o en los espacios sagrados y adorados por el enfermo y por su acompañante. En este caso en particular, la significación que se lleva consigo del mundo está mediada por la fe religiosa y por la extensión del poder de la fe en el mundo terrenal, significación que se desenvuelve con mayor integralidad en la medida que en la clínica no hay materialización de este y de estos territorios sagrados.

El no contar en ninguna de las clínicas de Oncólogos de Occidente con un espacio de oración y reflexión espiritual tiene que ver con varios asuntos, principalmente con el no contar con espacios adicionales a las habitaciones, salas de tratamiento y de espera, pero también con discusiones más profundas de carácter político y de dominio del mundo que tienen que ver con la disputa histórica entre ciencia (oncología) y religión (sea la una o la otra). Disputa en la que la imagen del cuerpo, de la salud, de la enfermedad y del territorio evidentemente varía de lo uno a lo otro, y, en este caso, oncólogos como un producto científico y especializado del cáncer optó por decantarse por las prácticas médicas, mas no religiosas con respecto a esta enfermedad. Y esto, evidentemente es reconocido por los enfermos que en esta situación ven quizás tanto en

lo científico, como en lo religioso la posibilidad de curación o al menos, de no sufrimiento ya que lo uno alivia la fatiga del cuerpo y lo otro la fatiga del espíritu.

Con respecto a la segunda imagen, referida al radio¹⁶³ y que paradójicamente está colgado en el atril, lugar en el cual se cuelga literalmente las bolsas de quimioterapia, tiene a nuestro parecer una connotación aún más simbólica y representativa tanto del territorio portado, como de la apropiación territorial de ese espacio. Lo primero, porque el enfermo dueño del radio al ingresar a la clínica le indico al médico que, de no permitirle ingresar el radio, no ingresaba a la unidad ya que el radio cuenta el enfermo, significa más que una voz que viene de otro mundo, significa su ampliación y extensión del mundo, es decir, una continuidad territorial que le posibilita recrear un mundo más allá de los linderos de la finca y del campo, y ahora, de la habitación de la clínica.

Traerlo consigo a este mundo es justamente mantener esa idea del radio como continuidad y extensión de los bordes de la habitación en la cual permanece por días e incluso por meses, el radio, entonces, es su conexión con el exterior de este mundo, es un estar siempre situado tanto espacial, geográfica, como temporalmente en el mundo real. Visto de esta manera, es un territorio portado potente, fuerte y transversal a la vida del enfermo que determina no solo vínculos y relaciones, sino también formas o maneras de cómo se vive y se habita los territorios frecuentados por él.

Y lo segundo, respecto al radio y a la representación del mundo, es clara la significación del mundo a través de la incidencia del radio no como objeto, sino como otro actor no humano que transforma e inclusive, cambia los ritmos de las relaciones, de los territorios y de los tiempos. El radio antes del Cáncer era el otro jornalero con el cual hablaba durante las largas jornadas de trabajo en el campo, era aquel amigo fiel con el cual habla, juega y saca sus penas. Ahora, en la clínica, el radio no solo representa esto para el enfermo, a su vez, es la estrategia y modo como el enfermo estando fuera de su mundo y de sus territorios representa y traslada su mundo simbólico a este nuevo territorio.

¹⁶³ Este tipo de radios que normalmente son utilizados por los jornaleros mientras realizan sus trabajos en el campo, se lo cuelgan o se lo amarran en la cintura mientras recolectan el café o cultivan algún tipo de alimento o en su defecto, mientras realizan otro tipo de labor asociada a los territorios rurales. El radio de esta manera los acompaña en el transcurso del día y de la noche, es el acompañante que dinamiza el tiempo y la soledad del campo, es en último término el que les permite recrear la imaginación más allá de los linderos de la finca y de su mundo. Y aquí en la clínica, cumple la misma acción de acompañar al enfermo mientras transcurre el día y la noche no trabajando o recolectando café, sino recibiendo un tratamiento intenso como es la quimioterapia,

La pugna territorial es en este caso aún más potente en tanto la ubicación del radio no es sobre la mesa o sobre la silla del cuidador, sino, sobre el mismo atril sobre el cual el Cáncer se apropia o de disputa los territorios del enfermo. Este pequeño acto de apropiación del enfermo, representa entre otras cosas, un dominio del enfermo sobre los territorios estereotipados por este actor no humano, los cuales, como hemos visto, están caracterizados por normas y reglas de medicalización de gran alcance social, cultural y político.

En este orden de ideas, el Cáncer pasa de estar arriba a estar abajo por el simple hecho de que el radio ha ocupado quizás el centro o el eje esencial sobre el cual los territorios del Cáncer se producen y se objetivan. Y este hecho de estar arriba y de estar abajo, no es más que un acto de retratar, amansar y cultivar la habitación de la clínica, es un hacerla suya en un proceso emosignificado (Vergara, 2017) en el que el radio, proyecta e incluso sugiere otra imagen y modo en que se gestiona estos espacios.

Para ir cerrando este primer apartado de este tercer capítulo de la tesis, también me quiero referir a grosso modo a las estrategias que utilizan los médicos o equipo asistencialista de las clínicas cuando están en estos espacios delimitados esencialmente por este actor no humano. Es claro, que en este caso, las estrategias y modos de apropiación varían del médico al enfermo, ya que la condición evidentemente del médico no es la misma que la del enfermo y en consecuencia de esto, las prácticas son y serán siempre distintas aunque estén en el mismo espacio, es decir, no hacen lo mismo. El médico solo llega a compartir con el enfermo el aislamiento y encierro, no obstante, se trata de un encierro relativo en tanto el médico ingresa a las 7 de la mañana a su turno y sale a las 7 de la noche de este, por lo tanto, sabe a qué horas ingresa y a qué horas sale, situación que no llega a pasar con el enfermo quien sabe cuándo ingresa, pero no sabe cuándo sale de este mundo.

En esta medida se trata más de un proceso de territorialización circunstancial en la que interviene el tiempo y las dinámicas de la clínica. Para ser más claros con esto lo intentaremos explicar de la siguiente manera. En la clínica los médicos (ni siquiera los socios) gozan con un territorio propio para ellos, ciertamente, y citando el ejemplo del consultorio que son espacios compartidos entre todos los médicos de la clínica, no son entonces, designados a cada uno de manera individual. Igual pasa con las salas de descanso de los pabellones de hospitalización, son espacio en los cuales el médico de turno duerme o ve televisión, y en el cual descarga su

bolso, algunos libros y el portátil personal. La no designación de un territorio propio como ocurre con los enfermos a los cuales, si les designan una cama, limita la construcción de un vínculo y materializaciones de los territorios portados que cargan consigo cada uno de los médicos.

No obstante, esto no quiere decir que no representen o hagan suyo a si sea circunstancialmente o temporalmente el territorio, lo hacen utilizando otras estrategias de carácter más simbólico que físico, como lo es la música y la lectura y en ocasiones, a través de los celulares y de objetos personales concretos como lo son los pisapapeles, los portalápices y los atuendos que acompañan el uniforme laboral como lo son los tapabocas y los gorros solo por mencionar algunos. Aquí no se trata de un retratar el mundo propio en este mundo, ya que para ellos ese mundo es su lugar de trabajo, sin embargo, y en el marco de lo que representa su espacio de trabajo, desdoblan significados temporales que les permite de alguna u otra forma hacer suyo la pequeña porción de unidad que les corresponde en este territorio por el tiempo que dura el turno o la jornada de trabajo, como lo relata la médica de apoyo de la Unidad Oncológica de Manizales a continuación:

El celular es el iceberg que nos mantiene sobre la superficie de ese ambiente tan hostil, a mí me molesta los servicios estériles, en silencio, no lo tolero así, pues me parece que es deprimente, en ese silencio se siente los pasos de la muerte, uno siente que ya va a llegar, entonces personalmente siempre pongo música, entonces siempre que estoy de turno, siempre pongo música (Emilia, 2016).

En vista de esto, la apropiación de la unidad oncológica por parte de los especialistas sean médicos de apoyo, jefes de enfermería, especialistas o enfermeros se encuentra determinada por las dinámicas internas de la clínica que es en último término, su lugar de trabajo, como por el encierro prolongado que los aísla o subsume del mundo exterior, como por el tipo de enfermos o realidades a las cuales se encuentran cada día por la materialización de la muerte en cada espacio y pasillo de la unidad. Estos aspectos de índole casual y temporal llevan o motivan a que los especialistas se aíslen literalmente de este mundo, se alejen simbólicamente, pues físicamente deben permanecer allí durante las 12 horas de trabajo y es así, que utilizan distintas estrategias o modos de representación, significación y materialización de otra realidad o modo en que se presenta la unidad, los enfermos y la muerte misma.

Para cerrar este apartado del tercer capítulo de la tesis, es claro que la territorialización en este caso, no es solo un producto de las disputas territoriales y de la materialización del poder sobre

el espacio, es a su vez y como vimos hasta el momento, una producción de una serie de aspectos de índole emocionales, temporales y circunstanciales que entrelazados posibilitan a quien ingresa a este territorio, hacerlo y construirlo como suyo.

Esta construcción, significación u objetivación es posible a través de los *territorios portados* que retratan y dan sentido a cada uno de los territorios visitados, frecuentados y habitados. La proyección del *territorio portado* representa entonces un pasar o un trascender de un territorio virgen, agresivo, desconocido y lúgubre a un territorio tranquilo, conocido y brillante ya que ha sido retratado similar o parecido a los territorios de los cuales se proviene o se es. Y esta relación sublime entre el retrato proyectado y el retrato real del mundo del cual proviene el enfermo, no es más que un interés de fortalecer el arraigo al mundo, a su mundo, así como nutrir el anhelo de retorno y regreso al mundo retratado a través del *territorio portado* (Nates, 2011).

A su vez, es menester destacar que el retrato que el enfermo y el acompañante realizan de su mundo se encuentra ligado o asociado a una temporalidad distinta a la exterior en la medida que, en este caso, se encuentra constituida y delimitada por el pasado (recuerdos), el presente (incertidumbre entre la vida y la muerte) y el futuro (ambiguo). Delimitaciones temporales que efectivamente posibilitan en su multiplicidad de factores sociales, políticos, económicos, simbólicos y emocionales “*construir una experiencia integrada al espacio*” (Haesbaert, 2004, p. 281), una experiencia compartida con el territorio y con las dinámicas mismas que lo posibilitan.

Finalmente, decir que la territorialización es en este contexto territorial expuesto, una fase que deviene de la agregación y aceptación del sujeto de las condiciones en que se le muestran e imponen en estos territorios, sin esta incorporación y reincorporación difícilmente el actor social materialice o represente la apropiación y significación de estos territorios. Dicho de otro modo, consideramos que la territorialización sin un proceso de agregación previo no es factible o construible ni practica ni discursivamente.

3.2 Los territorios posibles y anhelados: enfermos y especialistas

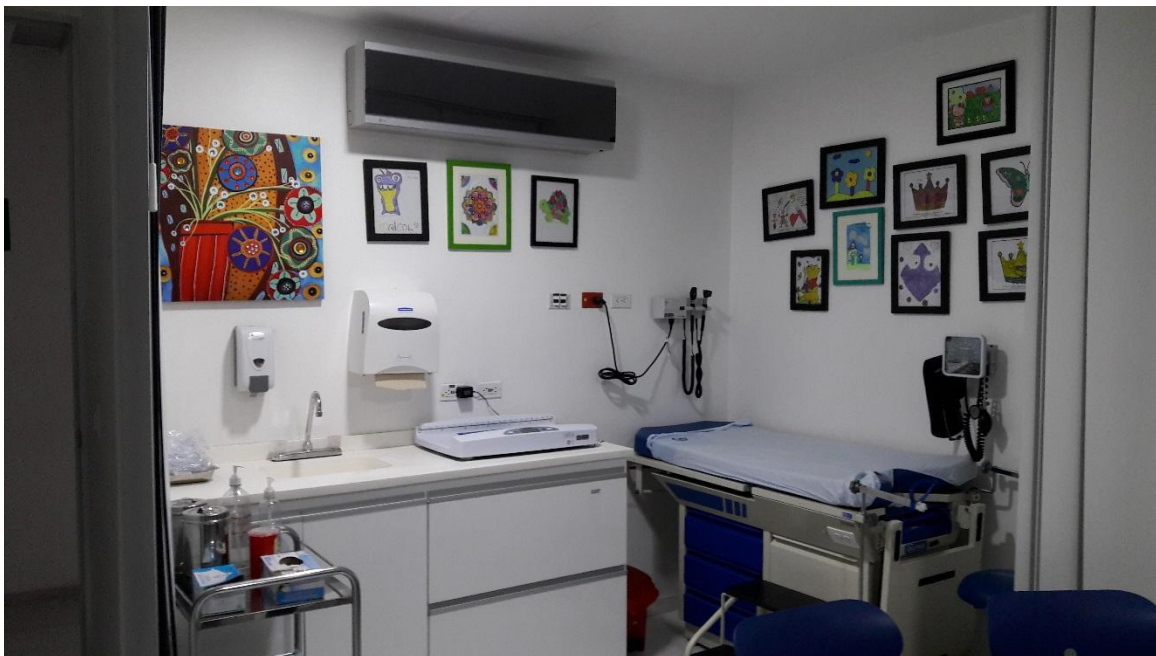


Imagen 20 De lo real a lo posible. Ingrid Bonilla, 2016

Me gustaría que en Oncólogos colocaran caritas felices; caritas felices son unas habitaciones donde los niños pueden entrar a jugar, adentro de caritas felices y hay puros juguetes, como muñecas, rompecabezas, pinturas, cuentos. Allí estaban todos los niños, pequeño y grandes. (Benjumea, 2016).

Aplicar la quimioterapia en la casa para mí es lo ideal, pero como no es posible, si me gustaría que fuera en un lugar muy espectacular, con muchas ventanas y con mucho paisaje verdes. (Eric, 2015).

Como habíamos mencionado al principio de este capítulo de cierre, mas no de conclusión, indicamos que estaría constituido por dos partes, la primera referida a la agregación y a la territorialización de los actores y la segunda, encaminada a los territorios imaginados o anhelados tanto por los enfermos como por los demás actores médicos que habitan los territorios del Cáncer. Y nos interesa referirnos de manera reflexiva a este asunto de lo imaginado, reinventado y deseado ya que en último término, funge como una sugerencia y propuesta de reconfiguración territorial de estos espacios del cuidado o del tratamiento de la enfermedad, para que más adelante se tenga en cuenta a la hora de reinventar las clínicas y los hospitales o si es el caso, para que la gerencia de Oncólogos de Occidente las tome como retroalimentación a su territorialización concebida.

Sugerencias o propuesta que tiene aún más valor y relevancia para las autoridades correspondientes del uso y manejo de estos territorios, ya que devienen de la experiencia espacial tanto de los enfermos como de los especialistas que cotidianamente habitan y viven estos espacios como un territorio construido para el cuidado y para la esperanza. Eso sí y antes de continuar, son sugerencias que no buscan por ejemplo, trasladar al enfermo a su casa para continuar con el tratamiento como lo proponen o solicitan algunos, sino que son sugerencias conscientes y situadas que se refieren en este orden de ideas a aspectos específicos referidos al diseño, a la forma, a la organización de los espacios y a la ubicación geográfica en los bordes de las ciudades cerca a grandes reservas o bosque naturales en los que reine la paz y la tranquilidad.

En este sentido y para dar cuenta de los territorios imaginados y deseados a los cuales se refieren tanto enfermos como especialistas, nos centraremos en algunos elementos constitutivos de la triada delimitada por un lado por Henry Lefebvre (2013) y por el otro lado por Horacio Bozzano (2013). Del primero tomaremos la concepción que tiene del espacio vivido y del segundo, la concepción que plantea de los territorios posibles y de esta manera, lograr dar cuenta de esas territorialidades construidas imaginaria y discursivamente por cada uno de los actores que viven cada uno de estos territorios. En consecuencia, esto quiere decir, que en este apartado no se desarrollara en su totalidad la triada propuesta por cada uno de estos dos actores, pues los demás elementos que constituyen la triada quizás ya han sido desarrolladas explícitamente a lo largo del recorrido de esta tesis.

En así que en este apartado solo tomaremos aquellos elementos conceptuales y prácticos que nos permitan comprender e interpretar esa búsqueda constante por parte de los actores de otras realidades y posibilidades en que los territorios “reales” del Cáncer como la clínica, la habitación de la clínica, el albergue y los tratamientos solo por mencionar algunos, se nos pueden llegar a dar, se nos pueden llegar a proyectar y a mostrar en lo cotidiano contribuyendo así, a la adherencia a los tratamientos; y a fortalecer la confianza en los espacios de la clínica.

Lefebvre (2013) en la producción del espacio establece o propone una tríada constituida por el espacio percibido (prácticas espaciales), el espacio concebido (representaciones del espacio) y por el espacio vivido (los espacios de representación) (p. 15). Triada que fue propuesta con el objeto de materializar y representar en el mundo de lo cotidiano la construcción y delimitación

de los territorios que hasta entonces se mostraban en abstracto y en la nebulosa. Allí, este autor entendió lo vivido como, “*el espacio de la imaginación y de lo simbólico dentro de una existencia material. Es el espacio de usuarios y habitantes, en el que se profundiza en la búsqueda de nuevas posibilidades de la realidad espacial*” (Lefebvre, 2013, p. 16).

Lo vivido, en principio, se presenta como un tercer espacio que se emplaza sobre los espacios reales y planificados técnicamente y en los que, los actores humanos y no humanos proyectan paralelamente otra realidad, forma y modo en que se imaginan el o los territorios que ahora son construidos y objetivados por los actores. Dicho en otras palabras, lo vivido en este caso, se desempeña como ese espacio en el cual se abre un sin número de posibilidades de organizar, gestionar, delimitar, acotar, objetivar y nombrar los territorios de la vida cotidiana como son en este caso los territorios asociados al Cáncer, como es el caso de la clínica, de la habitación de la clínica y del albergue que constituyen la continuidad espacial delimitada o acotada por este actor no humano, como versa a continuación en los siguientes relatos:

Me gustaría ponerles muchas plantas a oncólogos en todas partes, porque no hay ninguna, y las plantas representan la vida y las buenas energías, eso sería algo muy bueno y positivo para uno y para los demás enfermos. (Mercedes Cifuentes, 2016).

Mi pelea o lo que me gustaría mejorar, es que los pacientes adultos en la mayoría son sujetos funcionales y prácticamente los estamos postrando en cama, no les estamos brindando ninguna alternativa para que se distraigan, como por ejemplo manualidades, si en la mayoría son pacientes funcionales porque limitarlos a una cama porque tienen cáncer, entonces buscar nuevos espacios donde los enfermos puedan jugar algo, puedan charlar, en términos generales hacen falta espacios de distracción, además son habitación muy pequeñas, donde están encerrados con una sola persona todo el día o en ocasiones solos. (Emilia, 2016).

Yo quisiera que todas las habitaciones tuvieran vista a la montaña y a los nevados (Dagoberto, 2016).

Lo vivido como lo posible (Bozzano, 2013)¹⁶⁴ se refiere en términos generales a las intenciones y posibilidades personales y colectivas de imaginar un futuro desde el presente, a imaginar los territorios del ahora como la clínica o la habitación de la clínica bajo otras posibilidades físicas, sociales, simbólicas, prácticas y discursivas en el futuro. Lo posible como lo vivido, permite en este caso proyectar transformaciones a aquellas realidades espaciales que en el presente no se

¹⁶⁴ Horacio Bozzano, geógrafo argentino construye o propone una trilogía constituida por los territorios reales, pensados y posibles, trilogía que según varios autores tiene algunas similitudes con la dialéctica del espacio del también geógrafo crítico Edward Soja (1996), referente al espacio concreto – cartesiano y al espacio imaginado y vivido.

ajustan o no concuerdan o no corresponden con la realidad de los actores humanos o no humanos que la viven o la habitan temporalmente.

Si vemos esto en comparación con los relatos de Dagoberto, Emilia y Cifuentes es claro y evidente esa búsqueda y necesidad de proyectar e instaurar otra realidad sobre la realidad que constituye, objetiva y delimita las dinámicas internas y externas de los espacios posibilitados por este actor no humano. Exploraciones constantes tanto de los médicos como de los enfermos en virtud de que son espacios que se presentan antagónicos a los territorios construidos social y culturalmente por cada uno de los actores, ya que son espacios que se caracterizan por ser lúgubres (en los que se escucha los pasos de la muerte), estériles (ya que no hay posibilidad de decoración alguna), agresivos (por los tratamientos que intervienen el cuerpo), pequeños (solo hay espacio para la cama y el mueble del acompañante) y ajustados a una multiplicidad de normas y reglas (administrados espacialmente) que no dan posibilidad alguna, para que estos espacios sean vividos de otra manera o forma que al menos, se acerque a ese territorio portado o significado por cada uno de los actores.

Esta construcción, percepción y organización en que están ordenados los emplazamientos, motiva a enfermos y a médicos a proyectar e imaginar por ejemplo, habitaciones más amplias y unipersonales, habitaciones que tengan vista a un bosque o reserva natural, que la clínica está decorada en su interior con plantas e inmensos cuadros coloridos que proyecten tranquilidad, y otros objetos que brinden seguridad y tranquilidad a los enfermos. A su vez, se imaginan territorios con lugares de descanso para el personal médico, así, como con espacios de distracción para aquellos enfermos que corporalmente pueden moverse y hacer otras actividades diferentes a estar postrados en cama esperando el retorno a casa. En términos generales, lo que se busca en ambos casos, sean médicos o enfermos, es construir un espacio que corresponda al tipo de enfermo y al tiempo o estadía de cada uno de los enfermos, que normalmente son estancias que van más allá de 35 o 60 días y esto, demanda evidentemente por un emplazamiento agradable, confortable y familiarizado bordeado por paisajes esperanzadores y motivadores.

Si separamos los enfermos en niños, adolescentes y adultos, en general, uno se encuentra con que en el caso de los niños su mayor sueño y deseo es que la clínica y el albergue cuenten con salas inmensas de juegos en las que puedan pintar, dibujar, decorar cuatros, deslizarse, montar caballo, montar moto entre otros juegos que les permita en último término, pasar los días y los

meses como si jamás hubieran estado aislados y encerrados, así, como también tener un aula de clase en la que sigan avanzando en sus estudios de los cuales han sido marginados paulatinamente.

Respecto a los adolescentes, principalmente desean e imaginan salas de videojuegos, habitaciones con wifi banda ancha para chatear con amigos o con la novia que está fuera de este mundo, y finalmente, que sus tratamientos de quimioterapia se realicen en sus casas o en otros lugares abiertos menos abrumadores. Y en el caso de los adultos, se percibe la necesidad de tener otros espacios al interior de la clínica como el oratorio, espacios de distracción con juegos de mesas, bibliotecas, jardines, estaciones de bebidas calientes y frías que puedan beber durante el tratamiento, así, como ventanas y miradores que les posibilite observar un paisaje gratificante y tranquilo colmados de flores y pájaros relucientes.

En el caso de los médicos, estos, particularmente desean que las unidades tengan luz natural, espacios de descanso, de lectura y de distracción; para aquellos que tienen turnos en las noches, espacios de televisión y de descanso amplios que estén decorados con cuadros e imágenes que proyecten color y sensación de libertad. Y finalmente, que tenga la oportunidad de acceder a un espacio propio, un espacio que es suyo desde el ingreso a la clínica en el que puedan llegar a construir un vínculo laboral y afectivo con la clínica y con de los demás espacios que la constituyen.

Aquí, entonces, lo imaginado y lo deseado responde a una mezcla entre lo real, lo vivido y lo pensado, en lo que emergen elementos viables para producir cambios o transformaciones en el espacio o en los territorios (Bozzano, 2013) establecidos y construidos por y para el Cáncer desde una visión homogéneo, como si la enfermedad en su inmensidad de maneras en que se presenta fuera un ser unívoco, continuo y homogéneo en cada uno de los casos y estadios. Lo imaginable, lo vivido y lo soñado corresponde a aquellas maneras deseables en que se imagina y se sueña los espacios y los tratamientos del cáncer, es en último término, lo que se espera cuando se es remitido a una clínica de esta naturaleza y si no es lo que se imagina, se proyecta a partir de la agregación y de la territorialización dichas transformaciones viables y factibles que se materialicen el día de mañana.

Lo imaginado y lo deseado se encuentra constituido por la necesidad de hacer de los territorios del Cáncer espacios agradables y tranquilos, que se contrapongan a la idea e imaginarios

históricos de lugares hostiles y temerosos producto de las metáforas guerreristas que se han construido alrededor de ellos desde la declaración de guerra a este actor. La imaginación, en este sentido, es un medio a través del cual no solo se transforma estas dinámicas e imaginarios, sino también, un medio por el cual es factible realizar transformaciones arquitectónicas, territoriales, normativas y simbólicas con el fin no solo de brindar un servicio integral, sino, y a la vez, de ahondar en la idea de territorios del cuidado en clave a lo humano, a lo emocional y a lo portado por cada uno de los enfermos. Trascendiendo de esta manera, de ese enclave económico que ha dispuesto de las clínicas y de los hospitales como un gran espacio contenedor de productos y de servicios económicos.

El desafío ahora para los estudios territoriales está en llevar adelantes o en proponer estrategias que permitan materializar estos territorios posibles, vividos e imaginados por los enfermos y por los especialistas, buscar caminos prácticos y teóricos que permitan construir un modelo territorial de la forma y manera en que se deben gestionar, construir, acotar y delimitar este tipo de espacios del cuidado que hasta ahora han estado subsumidos a normativas y leyes. De momento, esta tesis va avanzando en la consolidación de bases en específico con el Cáncer, que nos ha mostrado que es necesario que los estudios territoriales se aboquen sobre este tipo de continuidades, en tanto, ahora nos enfrentamos a esta temerosa enfermedad, pero quizás, más adelante nos enfrentemos a otro tipo de mal que incide como lo ha hecho hasta ahora el Cáncer en la morfología y forma en que están dispuestos los territorios de la vida cotidiana de los actores.

Lo que nos deja esta tesis sobre la mesa, es repensar la geografía de la salud en una geografía cultural de la salud en la que la categoría medular sea el territorio y los actores humanos y no humanos. Lo proponemos de esta manera en virtud que hasta el momento la geografía de la salud no ha logrado avanzar del escollo funcionalista que percibe al territorio como un algo dado en sí y homogéneo entre todas las enfermedades, y es por ello, que la mayoría de estudios que provienen de esta rama de la geografía sólo dan cuenta de la carga de enfermedad por sector rural o urbano; si esta tesis hubiera avanzado sobre esta línea de investigación, los hallazgos estuvieran referidos principalmente al tipo de cáncer que se presenta en cada una de las ciudades en estudio mas no a las construcciones y territorializaciones tanto del Cáncer como de los demás actores.

En suma, la geografía cultural de la salud no sólo adelantaría en el estudio de las enfermedades en relación con un territorio construido social y culturalmente, sino también, con respecto a la experiencia espacial de habitar y vivir él y los emplazamientos bajo otra condición o estado. Es decir, daría cuenta de las nuevas y extrañas continuidades territoriales que emergen producto de la incidencia de este tipo de actores en la homogeneidad espacial en la cual se vive y se habita cuando se está sano. Así como también de otras lecturas y construcciones territoriales.

Para ser más claros, la geografía cultural de la salud nos permite mostrar aquellas posibilidades en que por ejemplo, las clínicas oncológicas pueden llegar a ser pensadas, concebidas y proyectadas arquitectónica y simbólicamente por las dependencias gubernamentales del caso en función no de un espacio físico dado en sí para el cuidado médico como quizás se ha hecho hasta ahora, sino, en función de un territorio heterogéneo pensado en relación a las particularidades y circunstancias de vida de cada uno de los actores sociales que visitan y frecuentan los espacios de la enfermedad y de la muerte. Se trataría entonces, de espacios que compaginarían con la realidad de los enfermos y no de espacios, que al contrario, no compaginan con la realidad física y simbólica de cada uno de los enfermos, motivando esto, el abandono a los tratamientos.

Conclusiones

Recogiendo la experiencia territorial del Cáncer, de los actores y de los estudios territoriales



Imagen 21 El viaje final, me voy. Angelo Merendino, 2011

La imagen del fotógrafo Angelo Merendino, hacen parte de una serie de fotografías por medio de las cuales, documento la lucha contra el Cáncer que vivió su esposa, Jennifer Merendino en el año 2013. Cada una de ellas y como las demás fotografías que son de su autoría cuenta con los permisos y autorizaciones del caso para ser utilizadas como material académico e ilustrativo, ya que representa y evidencian las significaciones sociales, simbólicas, emocionales y territoriales que se materializan después y durante el hito territorial del Cáncer en lo cotidiano.

Esta imagen con la cual abro las conclusiones a mi parecer o a nuestro parecer (consideración propia y del director de tesis), engloban en términos generales y simbólicos los recovecos principales que esta tesis nos ha dejado a la mayoría¹⁶⁵ durante todo el recorrido, y en todo el recorrido me refiero desde la construcción misma del Proyecto (hace ya más de 2 años), hasta la presentación de este informe final de lo experimentado en los espacios del y para el Cáncer. Y digo que engloban las conclusiones de esta tesis, en la medida que en cada una de ella, es claro la objetivación no humana del cáncer y la configuración territorial que se ordena, se configura y se acota a espaldas o en los intersticios de los grandes territorios de los actores.

De esta manera, esta imagen como las demás que han sido citadas en esta tesis, se caracterizan principalmente por dos aspectos claves, primero por el territorio que se construye y se configura en la medida que el Cáncer avanza en su conquista, y segundo por los actores humanos y no humanos que en su dinamismo, relación y disputa han constituido nuevas y continuas realidades territoriales antes no vistas e imaginadas tanto en el medio urbano principalmente, como también, en el medio rural. Continuidades territoriales que como se muestra en la fotografía van desde lo terrenal, construido social y culturalmente por los actores, hasta lo inmortal y lo sagrado establecido e impuesto por los demás actores, como lo es el Cáncer en este caso.

En este sentido, estas conclusiones que las he querido llamar “*recogiendo la experiencia territorial del Cáncer, de los actores y de los estudios territoriales*”, intentarán al menos a partir de los objetivos generales y específicos propuestos concretar una o varias ideas al respecto de cada uno, esto sí, siendo muy sincero con lo expuesto. A su vez, se ofrecerá una reflexión que vincule la tesis con la línea de investigación de la maestría a la cual fue inscrita desde que inició

¹⁶⁵ Principalmente a los Estudios Territoriales, al Instituto de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas –ICSH-, a Oncólogos de Occidente, al albergue La Misericordia de Manizales a Trabajo Social, a los enfermos y a sus familias, a mí y a mi familia, que también hemos vivido esta experiencia, a mi director de Tesis Dr. Adolfo León Grisales y a su grupo de Investigación Filosofía y Cultura, y finalmente a aquellos interesados en estos estudios.

el proyecto, esto es, la línea *Dinámicas Territoriales en el Medio Rural y Urbano* y finalmente, sugerir algunas líneas de trabajo que amplíen en lo posible, la discusión aquí expuesta humildemente, que como veremos es de largo aliento.

Es claro en esta tesis, que el Cáncer como construcción social, política y cultural e incluso territorial, va más allá de un “simple” fenómeno médico, su forma y retórica que se ha producido hasta los albores de la contemporaneidad presentan al Cáncer no solo como una enfermedad o problema de salud pública, lo presentan, incluso, como un enemigo y ser que se posiciona tanto a nivel corporal como a nivel social y cultural como el actor más temido y temeroso.

Asumir el Cáncer fuera de las construcciones científicas, e insertarlos en las construcciones de las ciencias sociales y humanas, es entre otras cosas un desafío metodológico y epistemológico para las disciplinas afines y en especial para el trabajo social y para los estudios territoriales que hasta el momento no han centrado su interés en este tipo de problemáticas. En ambos casos, tanto en el de trabajo social como en el de los estudios territoriales, los acercamientos a la avanzada del Cáncer no deben ser entendidos solamente como un problema en el que interviene un equipo de médicos, ya que como hemos visto hasta ahora, sus extensiones, representaciones y materializaciones lo que dejan en evidencia es una incidencia estructural multisituada y multiescalonada a nivel social, cultural, político, ambiental y económico.

Ir más allá en las discusiones del y para el Cáncer, significa en este caso en el que el eje transversal de estudio es y será el territorio y la cultura, construir, acotar y nombrar esta enfermedad bajo la categoría de *actor social no humano*, que como otros actores que participan de las dinámicas sociales y territoriales, constituyen un centro preponderante en la materialización de nuevas e inusuales relaciones sociales y a su vez de nuevos modos en que la estructura orgánica de la sociedad e incluso del mundo, se nos da y se nos proyecta. Aquí estoy de acuerdo con Latour (2008) que para lograr leer desde las ciencias sociales y humanas las implicaciones simbólicas de los actores no humanos como los virus, las bacterias y las células cancerosas entre otros, es menester repensar lo social e incluso si es el caso, lo territorial que cada día se ve terciado por actores inusuales como la minería, el petróleo, las hidroeléctricas, los medicamentos y la paz entre otros actores que influyen en las configuraciones y disputas territoriales.

Cada una de las metáforas citadas y las no citadas en la tesis como las que tienen que ver con los mundos paralelos y la enfermedad de la geografía del cuerpo y de lo urbano, denotan significativamente el impacto discursivo y práctico que ha alcanzado este actor no humano en la vida cotidiana de los enfermos y en la sociedad en general, tanto así, que no solo se establece una “nueva” e inusual vida cotidiana, sino que a su vez, se proyecta tenuemente otros trayectos y otras significaciones que explican y materializan un nuevo vínculo con los espacios vividos.

Detrás de la personificación del Cáncer como enemigo, como monstruo y como asesino suicida lo que se esconde y que esta tesis devela a grosso modo, es esa capacidad de agencia territorial que subyace a cada una de las representaciones que se han elaborado para explicar las dinámicas y particularidades de este actor. Representaciones o construcciones del y sobre el Cáncer que en consecuencia lo que demuestran es esa condición territorial que lo caracteriza proyectándose de esta manera, como un actor social no humano que por una parte produce otras continuidades y materializaciones territoriales como lo son la clínica oncológica, la sala de quimioterapia, la sala de radioterapia, el quirófano, el pabellón de hospitalización, la cama, la habitación, la casa y el albergue solo por mencionar algunos que se establecen y organizan como los territorios esenciales de la vida de un enfermo de cáncer.

A su vez, el Cáncer como un actor eminentemente territorial e incluso como concepto territorial, impone y establece a nivel de la vida cotidiana de los demás actores sean humanos o no humanos, estructuras estructurantes de modos y maneras en que se debe transitar, frecuentar, habitar y vivir los espacios de la vida cotidiana. Dicho en otras palabras, el Cáncer a través de las prácticas y discursos de medicalización establece una serie de normas, restricciones y prohibiciones que, a su vez, influyen en la forma en que los actores organizan y acotan él y los territorios significativos. En este sentido, asumir el Cáncer como un actor no humano, es verlo y contemplarlo como un actor o concepto territorial que produce nuevos espacios y a su vez, produce estrategias en que deben ser habitados por los actores sociales.

En este marco, en el que el Cáncer es ante todo un actor-productor, proyectan nuevas continuidades territoriales; los tratamientos son una serie de agentes químicos y físicos que se caracterizan por su modelo de guerra excepcional y territorial del cual disponen para contrarrestar la enfermedad. Modelos físicos y simbólicos que de alguna u otra manera más allá de intentar controlar el cáncer, intervienen en la manera como los actores viven cada uno de sus

espacios como lo son la casa, el barrio, los medios de transporte y demás territorios de ocio sociocultural ya que experimentan un trastorno tanto a nivel físico como a nivel simbólico que no les permite vivirlos como lo solían frecuentar antes del Cáncer.

El hito territorial del Cáncer que es encarnado en la expresión “*usted tiene cáncer*”, no es más que la materialización de este actor en la vida cotidiana de los demás actores, es el momento en el que se hace tangible quebrando la homogeneidad territorial y social de cada uno de los actores ya que establece otras jurisdicciones y emplazamientos. De esta manera, el hito territorial es considerado como el acontecimiento estructurante que matiza y representa la influencia de este actor en y sobre lo territorial, ya que fragmenta el mundo en dos modos en que se está en y con el territorio.

Uno de los modos es el *antes*, en que el actor social se caracteriza por ser un actor social autónomo y deliberante de los trayectos y formas en que se territorializa. Y el otro modo, referido a un *después con durante* representa en este caso, la territorialización del actor social por parte del Cáncer, lo que implica en este caso, la pérdida paulatina de la autonomía y libertad territorial de construir y proyectar los trayectos en relación con sus intereses y deseos. El actor social, en esta medida, es subsumido a los recovecos de la estructura establecida por el Cáncer, quedando al margen de las dinámicas sociales, culturales y simbólicas que lo delimitan y lo producen constantemente.

Los territorios acotados y producidos por el Cáncer son en esta medida, una serie de recovecos que están subsumidos al mundo o la estructura real, son espacios particulares y singulares que sólo son visibles para quienes experimentan la conquista del Cáncer, para los demás, no son más que ausencias o lugares incógnitos que no tienen mayor incidencia en la estructuración de lo cotidiano. No obstante, son espacios que se caracterizan por ser fundamentalmente estereotipados y normados por el Cáncer en sí, como por los agentes químicos y físicos que lo objetivan constantemente en la medida que están constituidos por una serie de normas, recomendaciones y restricciones físicas, sociales, culturales, simbólicas y políticas.

Los territorios producidos y elaborados por el Cáncer son en esencia, delimitaciones y acotaciones que se encuentra mediadas por actores humanos como los enfermos, acompañantes y los especialistas médicos, así, como por los actores no humanos como lo son los tratamientos (quimioterapia, la radioterapia, la cirugía, la braquiterapia entre otros) y por los demás objetos

característicos de este mundo elaborado y producido por este actor no humano como vienen siendo las camas hospitalarias, los atriles, las sillas de ruedas, los bastones, los tapabocas, las ventanas y las batas solo por mencionar algunos. Cada uno de estos actores humanos y no humanos, proyectan una serie de prácticas de medicalización que implica una transformación en los modos como estos espacios, deben ser apropiados y frecuentados por cada uno de los actores que los frecuentan y los habitan temporal o finitamente.

El centro de tratamiento como unidad socio espacial de análisis (USEA), fue asumido como una correlación y relación entre la clínica, la casa, el cuerpo y el albergue, entre tanto, es la estructura y continuidad común que se establece e impone a los enfermos que arriban a este mundo. Continuidad que debemos decir no termina ahí, al contrario, es una continuidad que se encuentra constituida por diversas escalas, naturalezas y representaciones territoriales que varían según el tipo de cáncer y el estadio en el que este se encuentre. Escalas y representaciones territoriales que evidentemente se encuentran objetivadas con referencia al estadio del cáncer, lo que demanda por relaciones, prácticas y discursos aún más complejos e impactantes que incluso, llegan a determinar el rumbo y construcción de la vida del enfermo.

La experiencia vivida por la mayoría de los enfermos al interior de estos territorios habla de una clase de “*estar de espaldas*” al mundo y estructura real, entre tanto, las condiciones en que se presentan en el marco de las prácticas de medicalización implican en este caso, una imposición de prácticas, discursos, gestos, emociones y vivencias que niegan la manera como los enfermos han consolidado una forma de ser y de estar en el mundo. Y esta negación o pugna, genera que el o los enfermos experimenten una sensación de estar fuera o radicalmente fuera de la estructura quedando, producto de la nueva condición, en una clase de intermedio que está de espaldas al sol, a la luna, a la lluvia, al tiempo y a los territorios representativos del actor.

La estructura en la que se encuentran los territorios posibilitados por el Cáncer se caracteriza valga la redundancia, por las propiedades estructurantes que la constituyen y la objetivan. Propiedades que como se logró evidenciar en la tesis, se materializan en una serie de huellas mnémicas que marcan y delimitan en tiempo y espacio el territorio. Huellas físicas como los efectos secundarios de los tratamientos y huellas simbólicas como la transformación en el sentido de la vida y por ende, de los trayectos del enfermo no se llegan a borrar a pesar de que el Cáncer llegue a estar controlado pasado 10 años o más.

En cuanto al ritual de paso, los enfermos no solo son separados de su condición de sano y lo que ello representa como es su estatus al interior de la estructura de la sociedad, sino que a su vez, los enfermos paulatinamente son separados de sus territorios significativos y representativos como lo son la oficina de trabajo, la universidad, el colegio, la escuela, los centros comerciales, los parques, las discotecas, las iglesias y demás territorios que producto de su vida cotidiana han hecho suyos y que en relación con el nuevo estado asignado, no se ajustan o no están moldeados.

A raíz del Cáncer no solo se presentan nuevos e inusuales territorios como los denomina Oliver Sacks (2002), sino que también, se genera una reconfiguración en los significados que demarcan los territorios que a pesar de vivir y habitar en ellos, el actor no se había percatado de ellos en la medida, que su condición de sano implicó la construcción de relaciones de carácter funcional, aunque no simbólicas, pero que después del hito territorial del Cáncer estas no solo son transformadas en otro tipo de vinculaciones en las que el actor se hace consciente de estos territorios, sino que, y a su vez, los agencia y los hace suyos estableciéndose de ahora en adelante como los centros del mundo.

La territorialización y/o apropiación de los territorios establecidos y reconfigurados por el Cáncer se encuentra terciada principalmente por: 1, la flexibilidad territorial en las normas establecidas al interior de cada uno de los territorios; 2, por el proceso de incorporación de las normas que estructuran el territorio y por otra parte, por la incorporación y entendimiento de los códigos, prácticas y discursos sociales y médicos que los caracterizan; y 3 por el territorio portado (Nates, 2010) y significativo de cada uno de los enfermos. A partir de esto, es factible la iniciación de un proceso de apropiación y delimitación, de lo contrario, de no materializarse ninguna de estas “fases” simbólicas es casi inexistente la posibilidad de construcción de algún tipo de vínculo o de proyección.

La territorialización de estos espacios no se materializa durante el primer ingreso del enfermo a estos emplazamientos, la apropiación inicia, a nuestro parecer, después del segundo o tercer ingreso en los que tanto el enfermo como su acompañantes, no solo han comprendido a cabalidad cada una de las normas, reglas y restricciones que se deben cumplir al interior de estos lugares, sino que, a su vez, los han interiorizado en su estructura discursiva y práctica para posterior a ello, y con relación a los territorios portados proyectar acciones que denoten sus intereses y anhelos sobre estos nuevos emplazamientos.

Las estrategias de apropiación en este sentido, debemos decir, varían según la edad y costumbres del enfermo, si es niño o niñas las estrategias están más enfocadas a sus peluches y juegos; en el caso de los adolescentes a los equipos tecnológicos como videojuegos o celulares; y finalmente en el caso de los adultos y adultos mayores a las imágenes religiosas y a una serie de objetos personales como almohadas, cobijas, sábanas y radios.

La objetivación y estructuración concebida sobre estos territorios que normalmente deviene de una serie de normativas rígidas y acartonadas de uso y gestión de estos espacios, ocasionó en los enfermos y en los especialistas la necesidad de repensar o al menos proponer, una serie de transformaciones en términos de la estructura (forma) como en términos de las dinámicas prácticas y discursivas que los caracterizan.

Proponiendo en este sentido, bajo la categoría emergente de *territorios posibles* emplazamientos demarcados no en función de territorios homogéneos para el cuidado o tratamiento de un paciente, sino emplazamientos o territorios caracterizados esencialmente por la multiplicidad cosas, objetos, discursos, actores y territorios portados que incidirán óptimamente en la realización de los tratamientos. Así, como también, pensar nuevas delimitaciones que en este caso tienen que ver con parques, zonas verdes al interior de las clínicas, huertas para el manejo del tiempo, zonas de recreación o distracción tanto para los enfermos como para los especialistas, bibliotecas, estaciones de café o juegos entre otro tipo de acotaciones necesarias para vivir temporalmente fuera de su mundo, la experiencia del cáncer.

En síntesis, es claro que el Cáncer al asumirse desde los estudios territoriales como un actor social no humano y no como un objeto o problema de salud pública, incide tanto en las configuraciones socia-espaciales de los territorios de los actores humanos, como también en las maneras en que estos actores habitan, frecuentan y los viven social, laboral, cultural y políticamente. En este sentido, el Cáncer no es solo un producto de una serie de circunstancias sociales y culturales, a su vez, es un productor de las esas condiciones y circunstancias que más adelante constituirán y objetivarán cada uno de estos territorios.

En definitiva, la relación Cáncer y territorio implica, entre otras cosas, una vuelta de tuerca sugerente para los estudios territoriales contemporáneos, en tanto permite entrever que el territorio, como una construcción social y cultural de los actores sociales, es una producción y/o significación hecha no solo a la medida de los humanos, sino también, a la medida de los actores

no humanos que entran en disputa y en tensión con las dinámicas mismas que posibilitan la configuración y ordenación de un espacio apropiado.

Línea de Investigación: Dinámicas territoriales en el medio rural y urbano

El Cáncer como actor social no humano en el marco de las dinámicas territoriales en el medio urbano y rural, representan en todo el sentido de la palabra, un proceso territorial transversalizado por la cultura que incide eventualmente tanto en lo urbano como lo vimos en esta investigación, como en lo rural como seguramente lo harán ver otras investigaciones. A su vez, el Cáncer se enmarca como un problema territorial contemporáneo en el que se presentan nuevas e innovadoras configuraciones y reconfiguraciones territoriales de ver, de contemplar y de interpretar con miras a proyectar modelos o estrategias de gestión y uso de este tipo de emplazamientos tanto en lo urbano como en lo rural. Además de ello, es un problema territorial clave que pone en pugna la construcción de identidad de los actores, como la territorialización del concepto de persona enferma y no enferma y, en consecuencia, las delimitaciones territoriales acaecidas.

En suma, el Cáncer representa una estructura o disposición en que los territorios se nos presentan, como una forma en que dichos territorios son y serán habitados, ya que dispone de una estructura preponderante constituida por una serie de prácticas y discursos territoriales, que ponen en evidencia la curvatura o los recovecos territoriales que se configuran a espaldas de aquellas continuidades urbanas y rurales que están mediadas por la proyección de los actores humanos. Recovecos como los trabajados en esta tesis, requieren de un trabajo profundo e intenso desde el abordaje de esta línea siempre y cuando, se considere o amplié su objeto de estudio a territorios constituidos no solo por actores humanos, sino también, por actores no humanos como las bacterias, los virus y las células cancerosas.

En definitiva, esta tesis pone quizás sobre la mesa la necesidad de preguntarse, ¿si realmente esta línea de investigación tiene un objeto de estudio concreto o al menos bien definido?, ya que la manera en que se presenta y se describe, da cuenta de una serie de ambigüedades y ambivalencias que deben ser reconsideradas en aras de ampliar o cerrar el objeto de estudio que persigue, si es que persigue alguno, y que, en últimas, transversalizará en tiempo y espacio las investigaciones inscritas en la misma. La invitación, es entonces, a abrir espacios de encuentro y debate entre las tesis que en la actualidad están situadas en esta línea y entre las tesis futuras

que vendrán delimitadas o guiadas por otras configuraciones y delimitaciones como los referidos por ejemplo, a los acuerdos de paz y demás procesos de perdón y reconciliación, entre otras problemáticas territoriales contemporáneas.

Otras investigaciones

El desarrollo y materialización de esta investigación permitió de momento, establecer un puente entre el estudio de estos fenómenos objetivados por actores no humanos y los estudios territoriales que a pesar de haber avanzado en su interpretación, aún no es suficiente por la multiplicidad de hechos, cosas, acontecimientos y representaciones que emergen al momento de contemplar desde diversas escalas territoriales la incidencia de estos actores no humanos en la objetivación de la vida cotidiana de los actores sociales.

Bajo este horizonte y camino que se abre de interés para los Estudios Territoriales, dejamos sobre la mesa, una serie de aspectos que pueden llegar a ser abordados por investigaciones futuras como se proyecta se hará con la Tesis Doctoral, en este sentido, estos aspectos tienen que ver con:

- El estudio de las fronteras simbólicas que se proyectan y se producen a raíz de la condición y estado que asumen los actores humanos. Esto tiene que ver entre otras cosas, con revisar en detalle las maneras como en los territorios urbanos e incluso rurales, se territorializa el concepto de persona sana y el concepto de persona enferma que, a nuestro parecer, ofrece matices excepcionales para repensar la estructura y dinámica del ordenamiento territorial a nivel local, regional y nacional.
- Realizar estudios que se estructuren en torno a la triada territorio, Cáncer y migración, ya que en esta investigación se logró identificar rasgos de movilidad y transitividad constante de enfermos provenientes del campo a la ciudad. Movilidades significativas que han implicado en el caso de la ciudad de Manizales, el establecimiento de albergues u hogares de paso entre otras configuraciones espaciales y temporales que demandan por análisis e interpretaciones de los estudios territoriales y disciplinas afines.
- Los procesos de metropolización e incluso de gentrificación que se están materializando a raíz de la instauración de las unidades oncológicas o clínicas de alta tecnología en todo el territorio nacional. Materializaciones arquitectónicas y sociales que han motivado el establecimiento de una serie de relaciones locales, nacionales e internacionales que

pueden llegar a incidir en los Planes de Ordenamiento Territorial Modernos de las ciudades o en su defecto, motivar otros tipos de desarrollos urbanos conectados a estructuras o dinámicas globalizantes y homogéneas, que no se ocupan de la realidad de los actores enfermos y al contrario, lo que puede llegar a generar son una serie de segregaciones sociales y simbólicas.

- Estudios comparados tanto entre países y tipos de actores no humanos, con el fin de rastrear si es el caso territorializaciones preponderante que permitan repensar los Planes de Ordenamiento Territorial en función del concepto de enfermo y del de circunstancias de vida de los actores, ya que tanto las ciudades, como el campo rural hasta el momento, han sido pensados en función de actores sanos mas no actores enfermos o en condición de discapacidad cognitiva o física.
- Trabajos que amplíen las discusiones de lo que se ha denominado geografía cultural de la salud, ya que se presenta, como una alternativa o camino que vincula finamente la incidencia de los actores no humanos en la producción territorial de los actores sociales.
- Finalmente, estudios que amplíen las categorías emergentes de esta investigación, que en este caso tiene que ver con los territorios posibles y los territorios de la espera.

Bibliografía

Bibliografía citada en el texto

- (2018). Estadística del cáncer. Encontrado el 8 de abril, disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Altman, Daniel & Grady, Denise (2003). Los nuevos detectives del SARS. Reportaje del periódico el País de España, encontrado en junio de 2016. Disponible en: https://elpais.com/diario/2003/06/01/domingo/1054439558_850215.html
- Andrew Graystone, 2013. Cómo Richard Nixon cambió la forma en que hablamos del cáncer. Especial para la BBC. Encontrado el 26 de septiembre de 2016, disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/11/131119_salud_cancer_lucha_nixon_gtg
- Bachelard, B. (1975). La poética del espacio. México. Fondo de Cultura Económica.
- Bollnow, F. (1969). Hombre y espacio. Barcelona, España. Editorial Labor S.A.
- Bozzano. H. (2000). Territorios reales, territorios pensados, territorios posibles: Aportes para una teoría territorial del ambiente. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Brito, Leonardo Xavier (2014). Quiéreme que me estoy muriendo “Lady Blue”: Un acercamiento etnográfico a pacientes con cáncer. Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador, Departamento de Antropología, Historia y Humanidades.
- Broyard, A. (2013). Ebrio de enfermedad. Segovia. Editorial La uña rota.
- Carlos Francisco Fernández. Periódico el tiempo, pág. 2. Septiembre 4 de 2016. El cáncer es tan antiguo como la especie humana. Publicado en boletín de prensa, Facultad de Salud, grupo de comunicaciones, Universidad del Valle.
- Carta de París, (2000). Cumbre mundial contra el cáncer para el nuevo milenio.
- Certeau, Michel de. (1994). La invención de lo cotidiano 2: Habitar y cocinar. ISBN 2-07-032827-9. Universidad Iberoamericana, México.
- Deleuze, G y Guattari, F. (2012). Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. España. PreTextos.
- Dibie, P. (1999). Etnología de la alcoba. El dormitorio y la gran aventura del reposo de los hombres. Editorial Gedisa, Barcelona España.

- Eliade, M (1981). Lo sagrado y lo profano. 4ta edición, trad. Luis Gil. Editorial Guadarrama punto omega, España.
- Elias, N (2009). La soledad de los moribundos. 3era ed. Editorial Fondo Cultura Económica de México.
- Enciclopedia Biográfica en Línea. Pierre y Marie Curie, encontrado en diciembre de 2017, disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/monografia/curie/>
- Enciclopedia jurídica online. Jurídicas. Diccionario jurídico mexicano y de otras jurisdicciones. El empréstito patriótico. Consultado el 20 de enero de 2018. Disponible en diccionario.leyderecho.org
- Figueroa, C. (2017). Sala de espera. Salud y enfermedad detrás de las cámaras. Editorial libros malpensante, Bogotá.
- Foucault, M (1974). Historia de la medicalización. Segunda conferencia curso de Medicina. Rio de Janeiro.
- Foucault, M (2012). El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Traducción Francisca Perujo. Siglo XXI Editores. ISBN 13: 978-607-03-0385-2.
- Gaviria, A (2018). Hoy es siempre todavía. La historia de cómo descubrí que el cáncer es cómo la vida. Editorial Planeta Colombia S.A.S, Bogotá Colombia.
- Gadamer, H (2011). El estado oculto de la salud. Editorial Gedisa, España.
- García, M. (2008). Estudio transversal del territorio. En Nates, Beatriz (cord/comp). *Con/juntos: miradas eurolatinoamericanas al estudio transversal del territorio*. Universidad de Caldas, pp 81/98.
- Garza, J. y Juárez, P. (2014). El cáncer. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey México.
- Garzón, J. (2002). Tras el poder de las péndolas. Plumaditas periodísticas de Agua de Dios.
- Giddens, A (1995). La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración. Editorial Amorrortu, Buenos Aires Argentina.
- Giménez, G (2005). Territorio e identidad. Breve introducción a la geografía cultural. Revista trayectorias, Vol. 11, num. 17, pp. 8/24.

- Giraut, Frederic (2013). Territorio multisituado, complejidad territorial y posmodernidad territorial: herramientas conceptuales relevantes para abordar las territorialidades contemporáneas. *L'Espace géographique*, Vol 42, pp. 293/305.
- Globocan. Observatorio Global del Cáncer. Consultado en 2015. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1era reimp. Editorial Amorrortu, Buenos Aires Argentina.
- González, A. (2016) *Territorio y espera. Hacia un análisis del habitar los territorios de la espera. Aportes epistemológicos desde la geografía para entender la territorialidad*.
- Haesbaert, R. (2004). *El mito de la desterritorialización. Del fin de los territorios a la multiterritorialidad*.
- Hiernaux, D. (2006). *Geografía de los tiempos y los espacios efímeros y fugaces*. En Nogué, J & Romero, J (Ed.). *Las nuevas geografías*.
- Hitchens, Christopher (2012). *Mortalidad*. Editorial debate.
- Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2015) *Que es cáncer*. Encontrado el 2 de marzo de 2016, disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Latour, Bruno (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría actor/red*. Editorial manantial, Buenos Aires Argentina.
- Le Breton. D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- Lefebvre, H (1992). *Análisis del ritmo. Ritmo/análisis: espacio, tiempo y vida cotidiana*. Trad, Stuart Elden y Gerald Moore. Editorial Syllepse, Paris.
- Lefebvre. H. (2013). *La producción del espacio*. 1era ed. Editorial Capitán Swing. Madrid, España.
- Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral de salud y se dictan otras disposiciones generales*.
- Ley 100 de 1993. *Sistema de seguridad social*. Congreso de la República de Colombia. Recuperado de
- Ley 1384 de 2010. *Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia*.

- Ley 1388 de 2010. Ley de cáncer infantil, por la cual se establece el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia.
- Ley Nacional de Cáncer de 1971. Ley Federal de los Estados Unidos.
- Lindón, A. (2009). La construcción socioespacial de la ciudad. El sujeto cuerpo y el sujeto sentimiento. Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, sentimientos y sociedad. Número 1. México.
- Luc/Nancy, Jean (2007) El intruso. Editorial Amorrortu.
- Mancano, B (2008). Sobre la tipología de los territorios. Universidad Estatal Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Brasil.
- Mann, Thomas (2014). La montaña Mágica. Traducción de Isabel García Adánez. Novena reimpresión. ISBN 978-84-350-1838-8, España.
- Merendino, A, (2011). Retrato lucha contra el cáncer mama de su esposa. Disponible galería fotografía en: <http://www.angelomerendino.com/my-wifes-fight-with-breast-cancer/>
- Monnet, J (2008). Globalización y territorialización “areolar” y “reticular”: los casos de los Ángeles y la Ciudad de México. En Nates, Beatriz (cord/comp). *Con/juntos: miradas eurolatinoamericanas al estudio transversal del territorio*. Universidad de Caldas, pp 81/98.
- Moritz, Andreas (2007) El cáncer no es una enfermedad: sino un mecanismo de supervivencia. Editorial obelisco, Barcelona España.
- Mukherjee, Siddhartha (2011). El emperador de todos los males. Una Biografía de Cáncer. Editorial Taurus, México.
- Musset, A. (2015). Habitar los territorios de la espera. Una nueva dimensión de la geografía social. De los lugares de la espera a los territorios de la espera. Una nueva dimensión de la geografía social. Documentos de análisis Geografía. Volumen 61/2.
- Nates, B. (2010). Soportes teóricos y etnográficos sobre concepto de territorio. Revista co/herencia. Vol 8, No. 14 pp. 209 / 229.
- Nates. B. (2011). La territorialización del conocimiento. Categorías y clasificaciones culturales como ejercicio antropológico. Editorial Anthropos, México.
- Nogué, J. (2011). Otros mundos. Otras geografías. Los paisajes residuales. Revista da apague, Vol. 7, No. 1 (número especial), pp 3/10.

- Novedades y artículos: porque representar el cáncer con el cangrejo (S.F) Dr. Miguel Sánchez Caba, Hospital Metropolitano de Santiago. Encontrado en 2016. Disponible en <http://drsanchezcaba.com/sabes-porque-utilizamos-un-cangrejo-para-representar-el-cancer/>
- Nucl, Hell (2008). Visiones útiles y desconocidas del padre de la medicina moderna y su maestro Demócrito. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer y magnitud del problema. Encontrado el 10 de febrero de 2014. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
- Otero, E (1999). Setenta años del cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934/1999. Editora géminis. Bogotá, Colombia.
- Patel, Jyoti (2017). Efectos secundarios de la quimioterapia y de la radioterapia. Junta editorial de Cáncer.Net. Encontrado en noviembre de 2015, disponible en: <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atención-del-cáncer/cómo-se-trata-el-cáncer/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>
- Pini, Sarah (2012). La encarnada Heterotopia en experiencia con el cáncer: discursos, prácticas y representaciones de enfermedades. Tesis de maestría en Licenciatura de Antropología Cultural y Etnología de la Universidad de Bolonia, Italia.
- Pitot, H. (1981) Fundamentos de Oncología. Serie: muerte y sociedad. Editorial Reverte S.A., Barcelona España.
- Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012/2020. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
- Quevedo, C. (2014). *Arquitectura sanitaria. Sanatorios antituberculosos*. España: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de economía y competitividad.
- Raffestin, C. (2011). *Por una geografía del poder*. Yanga Villagómez Velázquez (Trad.). México: Colegio de Michoacán.
- Resolución 1419 de 2013. Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de

Colombia. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1419-de-2013.pdf>

- Resolución 1477 de 2016. Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la atención integral de cáncer del adulto “UFCA” y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil “UACAI” y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201477%20de%202016.pdf
- Sack. R. (1986). *Human territoriality. Theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sacks, O. (2002) *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Ciudad Barcelona, España: Editorial anagrama, colección compactos.
- Saquet, M (2015) *Por una geografía de las territorialidades y de las temporalidades. Una concepción multidimensional orientada a la cooperación y el desarrollo territorial*. La Plata, Argentina: Editorial Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Sepúlveda, J. (2012). *Oncología y ontología: Un análisis semiótico-material del cáncer* [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología Social.
- Soja, E. (2000). *Postmetrópolis. Estudios críticos sobre las ciudades y las regiones*. Madrid, España. Editorial Traficantes de sueños.
- Sontag, S. (2013). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Ciudad Barcelona, España: Editorial de bolsillo contemporáneo.
- Sosa, M. (2012). *¿Cómo entender el territorio? (Ira Ed.)*. Ciudad de Guatemala: Editorial Cara Parens - Universidad Rafael Landívar.
- Tuan, Y. F. (2007). *Topofilia. El estado de las percepciones, actitudes y valores sobre el entorno (Ira Ed.)*. Flor Durán de Zapata (Trad.). Ciudad Santa Cruz de Tenerife, España: Editorial melusina.
- Turner, V. (1980). *La selva de los símbolos. Aportes del ritual Ndembu*. Ciudad de México: Editores Siglo Veintiuno.
- Velásquez, P. (2009). Los cementerios. Territorios intersticiales. *Revista Hacia la Promoción de Salud*, 14(2), 24 - 38.

- Vergara, A. (2017). *Estudios sobre el territorio: métodos y teorías. Conflicto, actores, emosignificaciones, estéticas y simbolismos*. Lima, Perú: Editorial Pres Producciones estratégicas.
- Vergara, N. (2009). Complejidad, espacio, tiempo e interpretación. Notas para una hermenéutica del territorio. *Revista Alpha*, 28, 233 - 244.
- Zambrano, C. (2001). Territorios plurales. Cambio sociopolítico y gobernabilidad cultural. *Boletín Goiano de Geografía*, Universidad Federal de Goiás.

Bibliografía referencia del texto

- Bartra, Roger (2001). *Cultura y Melancolía: las enfermedades del alma en España del Siglo de Oro*. Editorial Anagrama S.A. ISBN: 40519-2001, Barcelona España.
- Cardona, Luis Fernando (2003). La analítica de los estados de ánimo como Hermenéutica de la cotidianidad. *Revista Universitas Philosophica*. Vol., 40-41. Pág. 89 – 116.
- Elías, Norbert (1996) *La Sociedad Cortesana*. Trad. Guillermo Mirata. Edición Fondo de la Cultura Económico, ISBN: 968-16-1176-4, México.
- Elías, Norbert (2009). *El proceso de Civilización: Investigaciones Sociogeneticas y psicogenéticas*. Prol. Gina Zabudovsky; Trad. Ramon García Cotarelo. 3. ed. ISBN 978-607-16-0156-8, México.
- Foucault, Michel (1998). *Historia de la Locura en la Época clásica I*. Traducción Juan José Utrilla. Editorial Fondo de la Cultura. ISBN 958-9093-85-X, Segunda reimpresión, Vol. 1, Santa fe de Bogotá, Colombia.
- García, Esteban Andrés (2009). Fenomenología del cuerpo vivido y filosofía viviente Merleau Ponty y G Canguilhem. *Acta Fenomenología*, Vol. III. Acta del IV Coloquio Latinoamericano de Fenomenología. Pp. 523 – 538.
- Lorde, Audre (2008). *Los Diarios del Cancer*. Trad. Gabriela Adelstein. Hipitalita Ediciones. ISBN: 978-987-22164-3-6.
- Mora, Ana Sabrina (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado: Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 45 (I). Pág.: 11 – 38.

- Murillo, Ricardo (2009). Entre el Estructuralismo y su post: Modelos de significación en Roland Barthes. Revista filosófica Bajo Palabra II Época, No 4 Pág. 297 – 306.
- Salcedo, Hernando Fidalgo (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII Y XVIII: Una antología de los Lugares comunes. Revista Antípoda, No 6. PP, 199 – 213. ISSN 1900-5407.
- Vásquez, Adolfo Rocca (2008). La metáfora del cuerpo en la filosofía de Jean-luc Nancy: nueva carne, cuerpo sin órganos y escatología de la enfermedad. Revista de ciencias sociales y jurídicas, Vol. 18 No 2. ISSN 1578 – 6730.

Anexo 1

PLAN DE VIAJE: MOSTRANDO EL CAMINO

Este apartado se encuentra constituido por una serie de reflexiones, acotaciones, ampliaciones y aclaraciones que normalmente son conocidos bajo la denominación de “anexos” o estructura empírica sobre la cual se asentó la investigación, y sobre los cuales, no solo se apoya el diseño y gestión de la arquitectura de toda la tesis aquí desarrollada durante estos últimos tres años de viaje, sino que a su vez, se organiza la estructura de la tesis en términos epistemológicos y metodológicos para así dar cuenta de los principales hallazgos encontrados en el marco de las categorías dispuestas para el análisis e interpretación.

He decidido llamar a este documento plan de viaje más no anexos de investigación, en virtud, que las ampliaciones que se van a presentar a continuación responden a una naturaleza de la investigación en la que las reflexiones de los actores participantes, requieren o demandan de otras estrategias o mecanismos para dar cuenta de cada uno de los soportes, reflexiones y consideraciones que al respecto tuvieron lugar en la presente Investigación.

Ahora bien, con esta propuesta de “renombramiento” lo que deseamos hacer más allá de llegar a plantear alguna crítica a lo que normalmente se le conoce como “anexos”, es, organizar como se debe parte del material de campo recolectado en el marco de la Investigación *Cáncer y Territorios*. De esta manera, la información recolectada en el trabajo de campo se organizara y presentara en dos momentos: el primer momento de carácter más resumido en el que se condensara los siguientes aspectos de la investigación:

- Plan de viaje 1: Categorías de análisis puestas en marcha.
- Plan de viaje 2: Indicios metodológicos referidos principalmente a dar cuenta a modo general, de los detalles de la ruta metodológica desdoblada a lo largo de la investigación.
- Plan de viaje 3: Actores: enfermos y especialistas
- Plan de viaje 3: Nubes de palabras por categorías: enfermos y especialistas.
- Plan de viaje 4: Cuadro de diarios de campo por categorías.
- Plan de viaje 5: Aval comité de bioética y esquema de consentimientos informado

Y el segundo momento de este plan de viaje, corresponde a la página Web de la tesis a la cual se accede a través del siguiente enlace: <https://velasquezamc.wixsite.com/plandeviaje>. Página que se constituye como un medio o forma de Apropiación Social del Conocimiento, puesto que en ella, se expone con un gran nivel de detalle el trabajo de campo, la metodología, los diarios de campo (no todos en su totalidad ya que fueron más de cien (100) escritos realizados), las cartografías, las infografías, las autoetnografías del investigador quien a su vez fue el Trabajador Social de la Institución Oncológica Oncólogos de Occidente en la que tuvo lugar este trabajo en el que el foco de trabajo fue esa dimensión territorial de lo que hoy conocemos como cáncer, además de distintas reflexiones que tuvieron lugar en cada uno de los cursos ofrecidos por la MET. Es sin duda alguna, una extensión a la superficie de esta tesis, de los recovecos que normalmente quedan subsumidos cuando se da por terminada una investigación.

El trabajo de campo tuvo una suerte que no todos los investigadores ostentan, y es ser paralelamente investigador e investigado, fui investigado una y otra vez por la pregunta de investigación ¿cómo el Cáncer construye territorios? o ¿cómo puede llegar este mal a espacializarse en la vida cotidiana de los enfermos?, y esto inevitablemente me llevaba a pensar una y otra vez en la experiencia de mi padre y en la de mi familia, de fondo, surgía una idea extraña que me ponía en otra escala radicalmente fuera de lo emocional y de lo físico que tenía que ver con la relación mía, y de mi cuerpo, con el espacio de lo cotidiano, ir de la casa a la Universidad y de la Universidad a la casa no era igual, era diferente, inclusive, me sentía distinto a las demás personas, sentía que estaba en una ciudad invertida, me sentía como el único que caminaba por esas calles y andenes, era extraño.

Pero también fui investigador, observe otra vez la manera como los enfermos ingresan y salen del centro de tratamiento, en ambos casos lo hacen con la cabeza agachada, a duras penas saludan al portero que les abre la puerta y al ingresar en un lapsus de tiempo la postura del cuerpo es otra, no es la misma con la cual venía del mundo de afuera. Al estar adentro, sea en hospitalización o en la sede ambulatoria el tiempo, los objetos y el lenguaje es otro, no es el mismo al de afuera, aquí se habla de dolor, muerte, incertidumbre, miedo y desesperanza, pero también de tapabocas, silla de ruedas, gorras, pelucas y mastectomías. El centro del mundo no es el mundo mismo en el que siempre ha vivido el enfermo, ahora el centro del mundo es el Cáncer, esa irónica condición en que se ve, se habita y se transita el mundo, es decir, el territorio.

Alejandro Gaviria (2018) se refiere al Cáncer “*como la vida de los seres humanos de una manera trágica*”, con trágica no solo hace referencia a la experiencia miedosa (ya que la vida se vive de otro sentido, más urgente) y en ocasiones humillante (se adapta y nos transforma) del Cáncer, sino que también con trágica se refiere a los territorios obligados a habitar posterior del hito, no son los mismo, son otros espacios caracterizados por la agresividad e incertidumbre que en ocasiones lleva a los enfermos a preguntarse ¿y dónde estoy?.

Con trágico creo que también se refiere a la construcción o demarcación espacial que los enfermos realizan de los espacios vividos, las singularidades fluctuantes entre uno y otro, en el que unos espacios pierden relevancia y otros como el hospital, la habitación, la cama y la ventana solo por mencionar algunos, asumen una preponderancia inexplicable en la vida de los actores. Ninguno de los actores se llegó a imaginar que la ventana y la cama, serían en último término, sus territorios hasta el final de la vida.

De esto y de otras análisis es que el interesado en esta Tesis de Investigación se encontrara en la página, análisis que podrá refutar o al contrario, ampliar ya que la pagina representa en este caso, una forma de apropiación social del conocimiento, un modo en que el conocimiento empírico y teórico no solo es retornado y retribuido a los enfermos y familiares, sino también, compartido con toda la comunidad académica bajo la condición que la información debe ser manejada y utilizada bajo los parámetros establecidos por el órgano u órganos que reglamente el uso de este tipo de información.

La página de manejo gratuito y de acceso público se encuentra organizada de la siguiente manera:

- **Tesis**

Proyecto de Investigación

Tesis final

Ponencia Tesis

Artículo Tesis

- **Entrevistas**

Entrevista en Pdf enfermos y especialista

Trayectorias enfermos (Antes y Después)

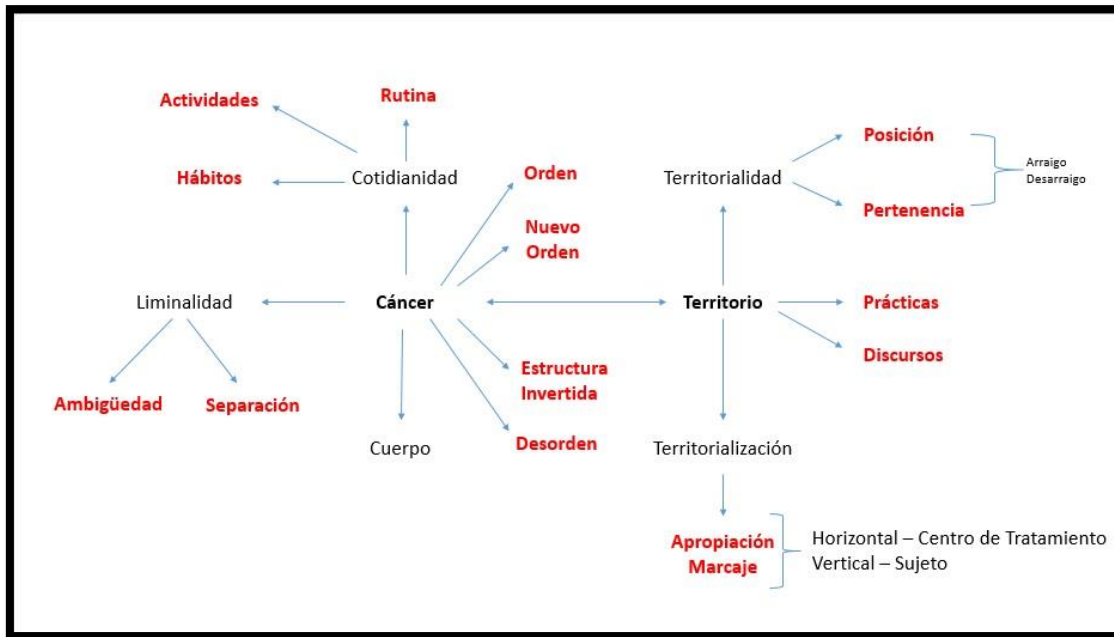
- **Autoetnografías**
 - Territorio
 - Cáncer
 - Liminalidad
 - Cuerpo
- **Metodología**
 - Plan de viaje
 - Matriz de indicadores enfermos
 - Matriz de indicadores especialistas
 - Matriz de indicadores cuidadores
 - Guía cartografía territorial del cáncer
 - Guía observación directa
 - Presentación propuesta metodológica
- **Infografía**
- **Visita Agua de Dios**
 - Diario de campo
 - Galería
- **Reflexiones cursos maestría**
- **Documento éticos de la investigación**
 - Aval comité bioética
 - Esquema de consentimiento informado entrevistas
 - Consentimiento informado fotografías (fotógrafa y actores)
- **Contactos**

En ambos casos, me refiero con esto al primer y segundo momento del plan de viaje, es intentar honrar la participación de cada uno de los actores y en especial, de los enfermos, ya que algunos de ellos al culminar el trabajo de campo e iniciar la escritura de la tesis, producto de la avanzada de sus enfermedades murieron sin ver o leer los hallazgos de sus valiosas apreciaciones sobre su enfermedad. Encuentro entonces, en este plan de viaje, un modo de mantener viva sus reflexiones, enseñanzas y consideraciones.

Adicional a ello, deseo dejar claro que cada uno de los nombres utilizados en las entrevistas es ficticios y no corresponden en ningún caso, a los actores reales que posibilitaron cada una de las

entrevistas. Esto lo hacemos en el marco de lo estipulado y solicitado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

Plan de viaje 1: Categorías de análisis



Gráfica 1 Categorías de análisis

En el fondo de esta ilustración que corresponde a la interacción de las categorías situadas como eje transversal de la investigación, lo que deseamos evidenciar son las categorías matrices que en este caso son el Cáncer y territorio, el primero asumido como actor social no humano desde las posturas de Bruno Latour (2008) y el segundo, como una construcción social y cultural desde los planteamientos de Nates (2010) & otros. En el caso del territorio como categoría preponderante, se asumió su análisis desde dos variables claves como lo son prácticas y discursos desde las cuales no solo fue posible seguir el territorio producido antes, durante y después del Cáncer, sino también, las significaciones asignadas a cada uno de los emplazamientos posibilitados por este actor no humano.

Otro aspecto que se debe tener presente, es que las categorías de territorialidad y territorialización, fungieron como elementos circundantes al territorio, es decir, se estudiaron

paralelamente en la medida que dar cuenta de una de estas tres categorías, es en mi opinión, dar cuenta de la triada en su totalidad.

En cuanto a las otras categorías elementales para el estudio tuvieron que ver con: cuerpo, cotidianidad y liminalidad socio-espacial. Esta última categoría, fue en último término, el concepto territorial que permitió abrir camino al el estudio del Cáncer desde un análisis territorial. Es decir, fungió como la entrada territorial al problema de investigación.

Finalmente, destaco que las demás palabras que están en color rojo, son las variables a través de las cuales se comenzó a “aterrizar” cada categoría a la realidad estudiada y así, dar paso a la consolidación de los indicadores y de los instrumentos de recolección de información como se muestra a continuación.

Plan de viaje 2: Urdimbre Metodológica

Unidad Socio espacial de Análisis (USEA)	Centro de tratamiento
Concepto territorial	Liminalidad Socio-espacial

Tabla 2 Urdimbre Metodológica

En términos metodológicos se ha seguido una investigación cualitativa, fundamentada en un estudio fenomenológico, con un gran nivel de detalle en el trabajo etnográfico y autoetnográfico, en el que fue factible el cruce de la mirada objetivante e imparcial del trabajo científico, con la propia experiencia laboral y la mirada, íntima, subjetiva, orientada al cuidado y a la compasión del trabajo social. Se trabajó con diez (10) enfermos de distintos tipos de cáncer¹⁶⁶ y con diez (10) especialistas. Tanto los enfermos como los especialistas se encontraban distribuidos entre las ciudades de Armenia, Pereira y Manizales.

La metodología se objetivo en la etnografía y en la autoetnografía, en la medida que se priorizaron los discursos y las prácticas a través de los cuales, los actores humanos como los enfermos y los especialistas acotan, delimitan, objetivan y dan sentido al nuevo orden establecido por este actor no humano. La etnografía a su vez fue asumida también, como el método en el sentido que posibilitó el desarrollo y la articulación de una serie de técnicas e

¹⁶⁶ Otra de la hipótesis fue trabajar con diversos tipos de cáncer, estadios y tipos de tratamientos, ya que se presuponía que de acuerdo a esto eran distintos los modos en que se construida, apropiaba y vivía el territorio. Fue de esta manera, que se decidió trabajar con el cáncer en general y no solo con un tipo de cáncer, ya que el interés no era develar la carga por tipo de cáncer, sino develar las maneras en que los enfermos de acuerdo a su tipo de cáncer y plan de tratamiento apropian y acotan el espacio vivido, el espacio de los cotidiano.

instrumentos de recolección de información como lo son, la entrevista semiestructurada, la observación participante, la descripción, el dibujo, la revisión de fuentes secundarias y una serie de cartografías asociadas a una temporalidad del antes y del después del hito territorial.

La metodología en este sentido, se organizó en cuatro frases, primero una fase de recopilación de información tanto en fuentes primarias como en fuentes secundarias. Para esto, se siguió un patrón de búsqueda en el que se tuvo como eje de referencias las categorías y variables puestas en marcha, esto, nos permitió identificar una serie de documentos entre libros, artículos científicos y artículos de opinión que ofrecían un acercamiento desde disciplinas cercanas a los estudios territoriales como lo son la antropología, la historia y la geografía.

En la segunda fase, se realizaron entrevistas seme-estructuradas a los actores que confluyen y constituyen el centro de tratamiento en relación al hospital, la casa y el albergue. De esta manera se entrevistaron a 10 enfermos y a 10 especialistas utilizando indicadores de preguntas diferentes en el marco de las categorías. Igualmente, con cada enfermo se realizaron dibujos de las trayectorias del antes y del después con el propósito de contemplar por una parte, la disposición de la vida cotidiana antes del Cáncer y después del Cáncer, así como los cambios acaecidos territorialmente en los trayectos de cada uno de los enfermos.

La tercera fase estuvo constituida por etnografías realizadas tanto en la clínica como en el albergue. La primera etnografía se llevó a cabo en una de las Sedes de Oncólogos de Occidente, en este caso, en la clínica de Pereira en la que, por sus dinámicas y número de población atendida se decidió observar durante dos días, un sábado y un domingo sus dinámicas de interacción y vinculación, ciertamente, con el fin observar cada una de las prácticas y discursos elaborados tanto por el Cáncer, como por los enfermos y los especialistas que viven, reproducen y nombran la realidad y el tiempo construido al interior de estos emplazamientos. Y la segunda etnografía, tuvo lugar en el Albergue Fundación la Misericordia de Manizales, etnografía que fue dividida en las dinámicas internas y externas que lo objetivan (para ampliar ambas etnografías puede ingresar a la página y dirigir al comendo de diarios de campo).

Y finalmente la cuarta fase, correspondió en este caso, a la transcripción de las entrevistas como a la interpretación de las mismas a través del análisis del discurso. Las entrevistas no fueron transcritas a modo lineal de seguir toda la narrativa, solo nos centramos en extraer aquellos intervalos en los que era evidente una relación directa con alguna de las categorías.

Fue entonces como leer un gran libro en el cual solo se “sacó” aquellos aspectos de interés de la tesis. Esto, se decidió de esta manera, ya que al ser una entrevista semiestructurada que estaba guiada por una serie de indicadores no se seguía un orden estricto, sino que permitía una conversación en la que el enfermo contaba la experiencias desde el mismo momento del hito, lo que implicó en ciertos casos escuchar toda la construcción histórica del hito sin interrupción alguna (máxime cuando era solicitado por el enfermo), así como en ocasiones, cancelar la entrevista producto del estado de salud del enfermo.

En términos generales se trató de una metodología que le correspondiera a la población objeto de estudio, entendiendo de fondo que ha aparte de ser enfermos de cáncer, eran y son personas vulnerable social y simbólicamente producto de su nueva condición y estado en el cual se encuentran. Para esto, previamente se solicitó la firma del consentimiento informado de entrevista y de fotografía en caso que hubiera lugar a un ejercicio fotográfico.

Matrices de indicadores para la construcción de instrumentos

Guía de entrevista semiestructurada enfermos: a continuación se muestra uno de los esquemas a través de los cuales se construyeron las preguntas orientadoras de las conversaciones tanto con los enfermos como los con los especialista.

Dimensión	Categoría	Variables	Indicador (pregunta Orientadora)
Cultural	Territorio	Representación	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Puedes describir que había escuchado de Oncólogos de Occidente antes del cáncer? - ¿Cómo Imaginaba la sala de quimioterapia o de radioterapia? - ¿Qué significa para Usted pasar tanto tiempo en cama? - ¿Puede describir el espacio en el que más le gusta estar y que ahora se ve limitado? - ¿Describa por alguna razón (buena o mala) porque le resulta significativos Oncólogos de Occidente en su vida? - ¿Cuéntenos cuál es el espacio de Oncólogos del Occidente que más le gusta y el que menos le gusta frecuentar o visitar? - ¿Describanos como le gustaría que fuera ese lugar en el cual le apliquen la quimioterapia o la radioterapia? O en su defecto ¿en qué dónde le gustaría que le aplicaran la quimioterapia? ¿cómo le gustaría que fuera este sitio? - ¿cuéntenos para Usted que significa la ventana, la cama y la habitación de la clínica?

		Discurso	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo describe Oncólogos del Occidente? - ¿Cómo suele nombrar a Oncólogos de Occidente? - ¿Qué siente cuando le mencionan a Oncólogos de Occidente? - ¿Puedes Describir como es su casa? ¿tuvo algún cambio con relación al pasado? - ¿Puede describir como es el cuarto en el cual duerme actualmente? - ¿Tras el diagnóstico de la enfermedad que ha cambiado en su casa?
		Practica	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Puedes describir como es el procedimiento que le realizan en Oncólogos de Occidente? - ¿Mientras le realizan el tratamiento que actividad realiza usted? - ¿Cuándo se encuentra hospitalizado en Oncólogos de Occidente como decora su habitación, la cama o la ventana? - ¿Tras el diagnóstico de su enfermedad como organiza ahora su casa? - ¿Cuándo se encuentra hospitalizado que hace usted durante el día y la noche? - ¿Puedes describir como le gustaría que fuera Oncólogos de Occidente o la habitación en la que se debe quedar? - ¿Puedes explicar cuáles han sido los espacios nuevos que ha descubierto desde que tiene cáncer? ¿Cómo les ha parecido estos espacios? - ¿Encuentra diferencias o semejanzas entre el cuarto de Oncólogos y el cuarto de su casa? O entre la cama de Oncólogos y su cama. - ¿Nos puedes explicar que ha representa para Usted las recomendaciones médicas que debe cumplir? - ¿Ha llegado a considerar que estas recomendaciones médicas han influido en la relación con los espacios más inmediatos? ¿Cómo? De un ejemplos.

Tabla 3 Guía de entrevista semiestructurada enfermos

Matriz de indicadores para la construcción de una guía de entrevista semiestructurada para los especialistas: se cita un solo esquema, los demás esquemas estas disponibles en la página web:

Dimensión	Categoría	VARIABLES	Indicador (pregunta Orientadora)
Cultural	Enfermedad	Orden	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Nos puedes explicar cómo están organizados los turnos? - ¿Cuál es el proceso que tienen establecido para saber con qué cama se queda cada médico? - ¿Qué otras actividades realiza cuando se encuentra de descanso? - ¿Antes de Trabajar en Oncólogos en donde trabajaba? ¿Había ya escuchado de Oncólogos del Occidente? - ¿A qué se dedica cuando no está en su turno?
		Desorden	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Para usted que es y que representa el cáncer? ¿para usted que es y que representa la quimioterapia y la radioterapia? - ¿Algún familiar o amigo ha vivido esta experiencia de la enfermedad? ¿Cuéntenos cómo fue esta experiencia? - ¿Piensa en las implicaciones espaciales de la enfermedad que le causa el cáncer al enfermo? - ¿Describanos cuál es el proceso más duro por el cual debe pasar un enfermo de cáncer? - ¿Si usted llegar a caer enfermo de cáncer se sometería a este tipo de tratamiento? ¿cuáles son las razones? - ¿Cuándo usted se enferma de cualquier tipo de patología asemeja esa vida a la de un enfermo de cáncer? - ¿Explíquenos que pasa en su vida cuando está enfermo? ¿cómo se siente en su casa, en su trabajo o en la ciudad en general?
		Nuevo Orden	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo llega a afectar el encierro prolongado en la clínica o en la casa la vida cotidiana de un enfermo de cáncer? - ¿A qué se tiene que someter un enfermo de cáncer cuando ingresa al servicio de hospitalización? ¿qué reglas y normas debe cumplir? - ¿Cree Usted que la hospitalización es un lugar de aislamiento o marginalidad del enfermo del resto del mundo? ¿explíquenos sus consideraciones? - ¿Cómo es un día y una noche en Oncólogos de Occidente? - ¿Considera que la enfermedad cambia completamente la vida del enfermo de cáncer? - ¿Cuándo está en lugares públicos y se percata de la presencia de enfermos de cáncer piensa en algo? ¿cómo los reconoce?

			<ul style="list-style-type: none"> - ¿Para Usted que representa Oncólogos de Occidente? - ¿Describanos de modo general como se desarrolla su turno asignado? - ¿Cómo médico que atiende a enfermos de cáncer debe seguir algún patrón o protocolo de atención? ¿nos lo puede dar a conocer?
		Transito	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Antes de iniciar su jornada laboral realiza algún tipo de ritual? ¿cuéntenoslo? - ¿Cuándo Ingresa a Oncólogos del Occidente que siente, que piensa, que espera del turno? - ¿Cuándo sale de Oncólogos que sensaciones o emociones llega a experimentar?
		Estructura Invertida	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Que representa para usted atender enfermos de cáncer? - ¿Cuándo ingresa a Oncólogos de Occidente siente que está ingresando a su lugar de trabajo o a otro lugar fuera de sus lugares comunes? - ¿Cuándo sus amigos o familiares se enteran que Usted trabaja con Oncólogos de Occidente que le dicen o que piensan? - ¿Siente que trabajar en Oncólogos de Occidente le ha cambiado el sentido de su vida? En qué sentido.

Tabla 4 Guía de entrevista semiestructurada para los especialistas

Guías de dibujos: Antes. Instrumentó que complemento la entrevista de los enfermos de cáncer, se utilizó un antes y un después del cáncer.

DIBUJAR O TRAZAR TRAYECTORIAS DE LOS LUGARES FRECUENTADOS ANTES DEL CÁNCER

(Donde Permanecía, donde le gustaba ir, donde tenía que ir, donde frecuentaba al Interior o fuera de la ciudad o municipio donde vive actualmente)



Tabla 5 Guías de dibujos

Plan de viaje 4: actores

Enfermos

Nombre*	Edad	Tipo de cáncer	Territorio	Estado
Tito**	8 años	Leucemia Aguda	Quindío/Rural/finca	Fallecido
Soledad**	43 años	Tumor maligno de mama	Manizales/Cabecera urbana pueblo/casa	Viva/cuidados paliativos
Tamara	6 años	Enfermedad de behcet	Armenia/Urbano/casa/barrio	Viva/tratamiento
Clara	26 años	Enfermedad de Hodgkin	Armenia/Urbana/casa/conjunto cerrado	Fallecida
Ernesto Rojas	22 años	Tumor maligno de los huesos cortos de	Pereira/Urbano/casa/barrio	Vivo/ remisión

		miembro superior		
Mercedes Cifuentes	51 años	Tumor maligno de la mama	Quindío/Cabecera urbana pueblo/casa	Viva/cuidados paliativos
Eleonor ballesteros	33 años	Enfermedad de Hodgkin	Armenia/Urbano/casa/barrio	Viva/cuidados paliativos
Miguel Sanabria	9 años	Leucemia aguda	Quindío/Cabecera urbana pueblo/casa	Vivo/controles posterior de trasplante
Josefina	19 años	Leucemia monocítica	Armenia/Urbano/casa/barrio	Fallecida
Bettina	17 años	Enfermedad de Hodgkin	Armenia/Urbano/casa/barrio	Viva/controles
Alberto	20 años	Tumor maligno del mediastino	Armenia/Urbano/casa/barrio	Vivo/tratamiento
Matilde	30 años	Tumor maligno del endocervix	Manizales/Urbano/casa/barrio	Fallece

Tabla 6 Actores - Enfermos

*Nombres ficticios **Pruebas pilotos

Especialistas

Nombre	Especialidad	Sede y Territorio
Noel	Oncólogo/Radioterapeuta	Armenia/ambulatoria
Dagoberto	Hematólogo y Oncólogo Clínico	Armenia/Hospitalización
Dennis	Jefe Oncóloga	Pereira/Hospitalización
Edwin	Jefe Oncólogo	Pereira/Hospitalización
Kellen*	Profesional Salud Ocupacional	Armenia/Pereira/Manizales/Hospitalización /Ambulatoria
Hana	Pediatra Oncóloga	Armenia/Pereira/Manizales/Hospitalización /Ambulatoria
Erik	Oncólogo y Hematólogo	Manizales/Hospitalización/Ambulatorio
Ernest	Médico de apoyo	Manizales/Hospitalización/Ambulatorio
Emilia	Médico de apoyo	Manizales/Hospitalización/Ambulatorio
Isaac	Ingeniero	Armenia/Pereira/Manizales/Hospitalización /Ambulatoria
Jeremías	Doctor Feliz/Payaso	Armenia/Pereira/Manizales/Hospitalización /Ambulatoria

Tabla 7 Actores - Especialistas

*Prueba piloto

Consideraciones:

Los enfermos de cáncer que participaron de la investigación se incluyeron de acuerdo a:

- Que estuvieran activos en alguno de los diferentes tipos de tratamientos
- Que fueran atendidos en las sedes de Armenia, Pereira y Manizales
- Que estuvieran a cargo de alguno de los especialistas partícipes de la Investigación.
- Y finalmente, que desearan participar de la investigación en el marco de la metodología y estudio propuesto.

En el caso de los especialistas, estos atendieron principalmente el siguiente requisito de inclusión:

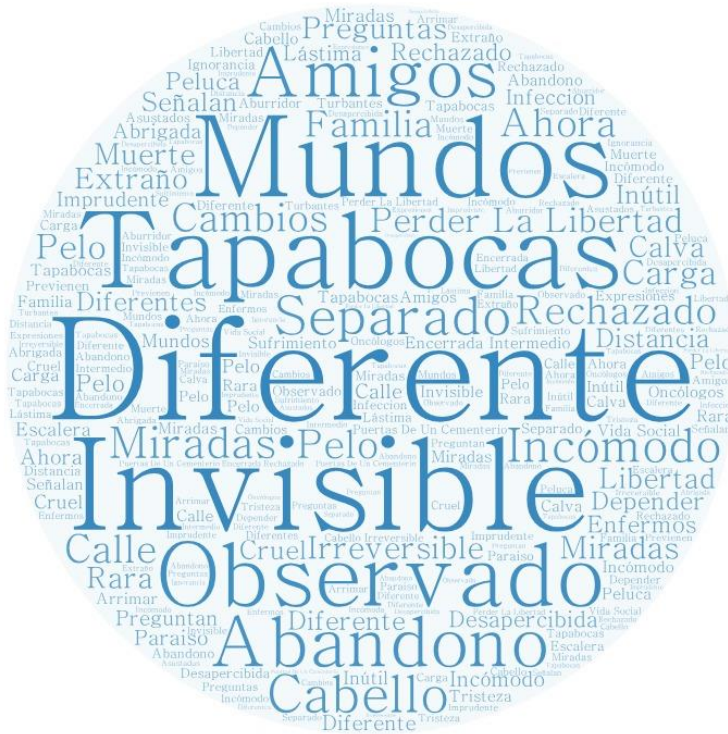
- Fueran médicos o especialistas activos que trabajaran en cualquiera de las sedes de las ciudades de Armenia, Pereira y Manizales.
- Que fueran asistentes encargados de los tratamientos de los enfermos incluidos en la investigación.
- Y finalmente, que desearan participar de la investigación en el marco de la metodología y estudio propuesto.

Cada uno de los actores consultados en el marco de la Investigación, cuentan con su debido consentimiento informado aclarado y firmado, diario de campo del contexto en el que tuvo lugar la Investigación, entrevista en Pdf y audio de la entrevista. Esta información la podrá consultar en la página citada al inicio de este documento o en su defecto, solicitarla al investigador de la misma.

Plan de viaje 5: Nubes de categorías

A continuación se presentan algunos cruces por enfermos y por especialistas de las categorías preponderantes en el marco de la presente investigación. Para la realización de estas nubes de categorías, se tomó como referencia cada una de las entrevista semi-estructuradas, de haber un interés en conocer la información en extenso, puede ingresar a la página referenciado al inicio de este apartado y dirigir a la pestaña de entrevistas, allí encontrara cada una de las entrevistas

Categoría: Liminalidad



Gráfica 4 Liminalidad-ambigüedad. Diseño, Lucia Cardona, 2018

La liminalidad, en este caso, es objetivada por el enfermo por medio de la diferencia, del sentirse diferente que se hace posterior del hito del Cáncer, y ese ser diferente no solo deviene de la condición de enfermo que evidentemente lo hace distinto al sano, sino también, a las prácticas, discursos y modos en que se relaciona y se vincula al ancho del mundo.

El enfermo de esta forma, producto de su nueva condición comienza a experimentar la incomodidad física y simbólica de ser un actor inferior e invisible, de ser un anterior interior a los demás actores que no están enfermos, de ser un actor que no es nombrado por los demás, que ni siquiera en visto aun cuando un enfermo ingresa a un centro comercial llama la atención, pero no llama la atención Juan, sino su cáncer que es representado por ejemplo en las boinas, gorros, tapabocas entre otros accesorios asociados a este mundo.

territorios más significativos ya que se encuentra condicionado a un nuevo emplazamiento, en el que, paradójicamente se encuentra de espaldas rechazado social y simbólicamente.

Los tapabocas son en este caso, la marca que aleja, la marca que fronteriza y fragmenta la ciudad en mundos opuestos e inversos, uno arriba y el otro abajo, mundo en los cuales los significados y los sentidos de la vida varían.

Categoría: territorio



Gráfica 9 Territorio. Diseñado Lucia Cardona, 2018

El territorio en este caso, también se encuentra objetivado a partir de la clínica y de Oncólogos como empresa, como proyecto de vida o como lugar de trabajo. Varía según el especialista ya que entre los entrevistados hay tres (3) de los seis socios de la IPS. Pero de fondo lo que es claro en ambos casos, es que la palabra oncólogos como la palabra muerte, son reproducidos a partir de la palabra cáncer, hablar de oncólogos es referirse al cáncer. los especialistas son conscientes que los espacios de la clínica son lúgubres y desolados productos de las dinámicas que se deben

cumplir, y eso, los ha motivado a pensar o a buscar nuevas realidad que hagan de la noche y de la vida silenciosa al interior de estos territorio un territorio o mundo posible.

Plan de viaje 6: Documentos éticos

Aquí se presentarán de fondo, los documentos éticos requeridos para la materialización de la presente investigación, que en este caso tienen que ver con:

- Revisión Comité de Bioética, Facultad de Ciencias para la Salud Universidad de Caldas.
- Esquema general de consentimiento informado tanto de entrevistas, como de fotografías.
- Carta del investigador en la que da fe, que el material utilizado en esta investigación como en los productos derivados de la misma, fue, autorizado por los actores.



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA

FECHA	9 de Junio de 2016
CONSECUTIVO	CBCS-045-16

Maestrante

MILTON VELÁSQUEZ ARIAS
ESTUDIOS TERRITORIALES
UNIVERSIDAD DE CALDAS

Reciba usted un cordial saludo.

En la pasada sesión del Comité, se evaluó su solicitud de análisis del proyecto "Las metáforas de la enfermedad oncológica: ser liminal socio-espacial entre y en mitad de territorios construidos y normados". Este comité se permite hacer las siguientes consideraciones al respecto:

1. El Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud, evalúa proyectos relacionados con las ciencias biomédicas, y en este caso el planteamiento del proyecto solo permite emitir un concepto basado en el posible riesgo (si es que existe) para los sujetos investigados. Como se plantea en el proyecto la consideración es "sin riesgo", de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, cuyo alcance no incluye proyectos planteados desde las ciencias jurídicas, sociales y humanas, en donde en algunas situaciones si acarrea algun riesgo para los investigadores y los sujetos investigados.
2. Los sujetos investigados (pacientes con enfermedad oncológica) se consideran SUJETOS VULNERABLES, por lo que esto debe ser incluido dentro de las consideraciones éticas del proyecto.
3. Con respecto al Consentimiento Informado, para los sujetos investigados se debe tener en cuenta:
 - a. Es la herramienta para validar la autonomía de los individuos
 - b. Debe tener un lenguaje claro y comprensible para la persona que lo está diligenciando (el consentimiento actual, si bien tiene los elementos necesarios, fue construido en el lenguaje en el que el proyecto está escrito)

De la manera mas atenta, le solicitamos revisar lo sugerido e informar a este Comité,

Con toda atención

NATALIA GARCÍA RESTREPO
Coordinadora

Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Comité de Bioética.

Imagen 22 Revisión Comité de Bioética, Facultad de Ciencias para la Salud Universidad de Caldas

Consideración ética enfermo de cáncer

Dentro de la investigación se considerará al enfermo de cáncer (Cualquier tipo de cáncer y en cualquier estadio de la enfermedad), como sujetos vulnerables producto de su enfermedad manifiesta que los imposibilita en las diferentes dimensiones del ser humanos, incluyendo biológica, social y psicológica.

Riesgo Investigación

De acuerdo a las resolución 8430 de 1993 emitida por el ministerio de salud, esta investigación corresponde a una investigación sin riesgo, en la medida que desde un enfoque fenomenológico y empleando metodologías de observación y participación como la etnografía, la cartografía social, el dibujo, grabaciones de voz y las entrevistas semiestructuradas se buscara recolectar información que describan el mundo de la enfermedad a saber: sus prácticas, discursos, territorios y lugares, esto con el fin de lograr entender las transformaciones espaciales que causa este tipo de enfermedades y a partir de ello, lograr entrelazar propuestas que incidan en el fortalecimiento del modelo integral en cáncer.

Ello no implica la realización de algún tipo de prueba con los enfermos o algún tipo de procedimiento clínico, a la vez, es de destacar que de la historia clínica solo se tendrá en cuenta el tipo de cáncer que padece el enfermo que participe del proyecto con previo diligenciamiento del consentimiento informado.

Consentimiento Informado entrevistas

UNIVERSIDAD DE CALDAS VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES Y POSTGRADOS FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO:

Las Metáforas De La Enfermedad Oncológica: Ser Liminal Socio-Espacial “Entre y En Mitad De” Territorios Construidos y Normados.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

OBJETIVO DEL PROYECTO:

La presente investigación tiene como objetivo mostrar como el cáncer genera cambios significativos en la vida cotidiana de los pacientes que son diagnosticada bajo esta enfermedad, los cuales pueden incidir de manera positiva o negativa en el tratamiento y a la vez en las relaciones sociales.

I. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Esta investigación que se encuentra en curso, al preguntarse por las transformaciones que ha generado la enfermedad, permitirá a partir de ello, establecer estrategias enfocadas a fortalecer los modelos de atención integral en cáncer (guías de atención), pensadas estas, en función de las condiciones sociales y familiares de cada uno de los pacientes atendido en Oncólogos del Occidente S.A.

II. BENEFICIO QUE SE ESPERA OBTENER DEL PROYECTO:

Aportar en la Elaboración de nuevas guías clínicas de atención integral en cáncer que aborde la dimensión geográfica de los enfermos de cáncer, así como describir la otra cara de los tratamientos oncológicos que últimamente son estigmatizados por la población y que de alguna u otra forma incide en los índices de abandono de los tratamientos.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

1.1 Nombres y apellidos _____

1.2 Documento de identidad _____ de _____

2. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN A REALIZAR:

Realización de entrevista semi-estructurada, líneas de tiempo, dibujos, y observaciones participativas en el centro de tratamiento Oncológico.

3. CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DEL PROCEDIMIENTO Y/O PROYECTO:¹⁶⁷

Investigación sin riesgo X

Esta investigación se encuentra clasificada como una investigación que no tiene riesgos para los participantes de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 emitida por el ministerio de Salud.

4. INSTITUCIÓN(ES) INTERVINIENTES EN EL PROYECTO:

Universidad de Caldas.

Otra(s), ¿Cuál(s)? Oncólogos del Occidente y albergue la Misericordia de Manizales

5. DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL.

Manifiesto que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y el propósito de este estudio y los procedimientos que de él se derivan. Me han aclarado todas las dudas e igualmente se me han explicado los riesgos asociados al proyecto de investigación. Se me ha asegurado el carácter anónimo y la confidencialidad de la información obtenida, así como la posibilidad de obtener información actualizada de los resultados de los estudios y la posibilidad que poseo de retirar el consentimiento en cualquier momento. De igual forma se me indicó que la responsabilidad sobre tratamientos o indemnizaciones a las que haya lugar en razón a esta investigación corresponde a la(s) institución(es) que interviene(n) en la misma.

Doy mi consentimiento para este estudio.

FIRMA

HUELLA

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección de domicilio: _____

¹⁶⁷ Para determinar de forma correcta la clasificación del riesgo, remitirse a la clasificación indicada en el **Artículo 11 de la Resolución N° 8430 De 1993** emitida por el Ministerio de Salud

TESTIGO 1:

NOMBRE

FIRMA

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Dirección de domicilio _____

FIRMA INVESTIGADOR

Teléfono _____

Correo electrónico _____

FECHA _____ HORA _____ CIUDAD _____

6. INFORMACIÓN SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (Llenar sólo en caso de que el participante se encuentre bajo representación legal por motivo de su incapacidad legal).

NOMBRE

FIRMA

HUELLA

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Dirección de domicilio: _____

Representante de _____

Vínculo familiar con el Representado: _____

Presento como prueba de mi calidad de representante: _____

Consentimiento Informado Fotografías

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍAS (Derechos Fotografía)

Nombre del Paciente: _____ CC: _____

Fecha: _____

o Marque si el paciente es menor de edad o es incapaz de proporcionar su consentimiento.

Al firmar lo siguiente, confirmo que se me ha explicado este consentimiento en términos que yo entiendo.

- Consiento que estas fotografías sean utilizadas en publicaciones de la presente Investigaciones ya sea a nivel electrónico o impreso, incluyendo: revistas académicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Acepto, además, que las fotografías sean utilizadas para propósitos de enseñanza, concientización y sensibilización.
- Entiendo que mi imagen puede ser vista por miembros del público general, además de científicos e investigadores sociales y médicos que usan regularmente estas publicaciones para su educación profesional. A pesar de que estas fotografías serán utilizadas sin incluir información personal como mi nombre, es posible que alguien pueda reconocerme.
- Entiendo que no recibiré reembolso por las fotografías que proporcione.
- La negación de consentimiento a la toma de fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que se me proporcionará en el centro de Tratamiento (Oncólogos del Occidente S.A.).

Yo otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías de mi persona, mi familiar, o persona por la cual soy responsable:

Firma del Paciente o Responsable

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Testigo

Nombre: _____

Cedula: _____

Para pacientes entre 7 y 18 años, la siguiente firma indica que la información me ha sido explicada y estoy de acuerdo que mis imágenes sean utilizadas como se mencionó con anterioridad:

Firma del Paciente o Responsable

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Testigo

Nombre: _____

Cedula: _____

Para Investigadores Responsables

Firma Investigador Principal

Nombre: _____

Cedula: _____

Firma Fotógrafo

Nombre: _____

Cedula: _____

Manizales 14 de Agosto de 2018

Señores

Maestría en Estudios Territoriales y Comunidad Académica en General

Universidad de Caldas

Manizales – Colombia

REF: Constancia sobre aplicación de consentimientos informados en el trabajo de campo

Por medio de esta notificación me permito dar fe que en el desarrollo del trabajo de campo, se diligenciaron los respectivos consentimientos informados por parte de las personas entrevistadas, para poder hacer uso en la publicación de la tesis y en los productos que se derivan de esta, de las grabaciones y fotografías que sirvieron de insumo para el análisis cualitativo. Estos formatos de consentimiento informado se rigen según la política institucional y fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, en la sección realizada el 9 de junio de 2016.

Atentamente,



Mg. Milton Velásquez Arias
C.C 1.094.911.673 – Armenia, Quindío
Trabajador Social
Mg. En Estudios Territoriales

Anexo 2

Resolución de calificación Laureada de la Tesis



75
AÑOS
1943-2018

UNIVERSIDAD DE CALDAS
CONSEJO ACADÉMICO

RESOLUCIÓN Nro. 35
(Acta 31 del 9 de octubre de 2018)

“Por la cual se otorga distinción de Laureada a la tesis de maestría presentada por el señor MILTON VELÁSQUEZ ARIAS”.

EL CONSEJO ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS, en uso de sus atribuciones estatutarias, en especial las conferidas en el numeral 16 del artículo 14, del Acuerdo 47 de 2017 del Consejo Superior -Estatuto General-, en concordancia con lo establecido en el párrafo segundo del artículo 102 del Acuerdo 049 de 2007 del Consejo Académico, previamente a la modificación realizada por el Acuerdo 32 de 2017, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 102 del Acuerdo 049 de 2007 del Consejo Académico, establece las distinciones que pueden ser otorgadas a las tesis de Maestría, normativa que fue modificada por el Acuerdo 32 de 2017 a partir del 17 de noviembre de tal anualidad; pero, en virtud del principio de irretroactividad de la ley, que puede ser aplicado igualmente a los actos administrativos, y a concepto jurídico emitido por la Secretaría General en este sentido respecto a la aplicación del referido Acuerdo a los estudiantes que se encontraban en proceso de realización de su tesis, se debe dar aplicación, en el presente caso, a la normativa anterior a las modificaciones realizadas por el referido Acuerdo 32.

Que en tal sentido el referido artículo 102 previamente a la modificación realizada por el Acuerdo 32 de 2017, establecía que: *“Se podrá otorgar distinción como meritoria o solicitar distinción como laureada para la Tesis o Trabajo de Grado de Maestría, cuando a juicio unánime, justificado y por escrito del jurado, alcance el nivel de excelencia, por constituir un aporte original a las ciencias, las artes o las humanidades. (...) La distinción laureada la otorga el Consejo Académico, a solicitud unánime, justificada y por escrito del jurado”.*

Que la Directora de la Maestría en Estudios Territoriales, Hellen-Charlot Cristancho Garrido, con base en el concepto evaluativo unánime del jurado evaluador, justificado y por escrito, solicitó al Consejo Académico otorgar calificación de laureada para la tesis de maestría titulada *“CÁNCER Y TERRITORIOS”*, presentada por el señor MILTON VELÁSQUEZ ARIAS.

JUNTOS
POR LA EXCELENCIA
Autoevaluación con fines de Reacreditación

www.ucaldas.edu.co / e-mail: ucaldas@ucaldas.edu.co
PBX (57) 8781500 / Telefax (57) (6) 8781501 / línea gratuita 018000 512120
Calle 65 No. 26-10 / Apartado aéreo 275 / Manizales - Colombia

Que el Consejo Académico en sesión del 9 de octubre de 2018, estudió la solicitud de la Directora de la Maestría en Estudios Territoriales, la cual encontró debidamente argumentada y justificada respecto al alcance de excelencia en atención con el nivel de estudios cursado por el señor Milton Velásquez Arias, y al aporte original a las ciencias, las artes o las humanidades.

Que en razón a lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la distinción de Laureada a la tesis presentada por el señor **MILTON VELÁSQUEZ ARIAS**, adscrito a la Maestría en Estudios Territoriales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

ARTÍCULO SEGUNDO: A la presente determinación le procede recurso de reposición según lo establecido en el artículo 48 del Acuerdo 47 de 2017, dentro de los 10 días siguientes a su notificación de conformidad con las disposiciones contenidas en la Ley 1437 de 2011.

ARTÍCULO TERCERO: **NOTIFÍQUESE** el contenido de esta resolución al interesado **MILTON VELÁSQUEZ ARIAS**, y a la solicitante **HELLEN CHARLOT CRISTANCHO GARRIDO** de forma personal y bajo las ritualidades dispuestas en el artículo 67 de la ley 1437 de 2011.

ARTÍCULO CUARTO: Delegar en la Secretaría General la notificación del presente acto administrativo.

ARTÍCULO QUINTO: La presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Manizales, a los nueve (09) días del mes de octubre del año dos mil dieciocho (2018).

A. Ceballos M.
ALEJANDRO CEBALLOS MÁRQUEZ
Presidente

~~JUAN GUILLERMO CORREA GARCÍA~~
Secretario