

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2018-2020

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en
Género y Desarrollo

Somatizar la (in)justicia: La politización de las experiencias de enfermedad y confinamiento
de una mujer afroecuatoriana

Vanesa Beltrán Conejo

Asesora: Lisset Coba Mejía

Lectoras: Andrea Aguirre S y Carolina Borda N

Quito, agosto 2021

Dedicatoria

A Analía Silva y su lucha incansable por la vida que merecemos vivir. A Mujeres de Frente-territorio de afectos y sueños que se hacen cuerpo. A mi mami, por abrir el camino y sostener la vida de tantos.

“A veces como que te rindes, como que les haces caso a lo que te dicen los doctores y dices: ‘Ya estoy cansada’. Pero luego también ves a la gente que quieres, a mi nieto el Martín, a ustedes compañeras, y te levantas. No por la vida que tienes, sino por la que quieres”.

Anaía Silva en Sitiadas 3, Mujeres de Frente 2020.

Tabla de contenidos

Resumen	VIII
Agradecimientos	IX
Introducción.....	1
Entre la enfermedad crónica y la condena estatal permanente	1
Analía Silva: Tejedora de resistencia contra el estado penal del Ecuador.....	4
Objetivos de la investigación	12
El encuentro entre nosotras y su potencia radical: Reflexión ética y metodológica.....	12
Estrategia metodológica.....	18
Estructura capitular	19
Capítulo 1	22
Reflexión teórica: estado penal, biopolítica y la politización del cuerpo-territorio	22
1. La pregunta por el estado penal	23
2. La gestión estatal de la vida, la salud y la enfermedad.....	29
3. Experiencia y el cuerpo-territorio.....	36
Capítulo 2	42
No es lo mismo ser enferma libre que enferma presa: La política sobre la vida en.....	42
contextos de excepción.....	42
1. Entre la salud, la enfermedad y el confinamiento: Contexto de análisis.....	45
2. La gestión del encierro durante la pandemia: consolidar el aislamiento desde la...50	50
higienización de la cárcel.....	50
3. Amotinamientos por el derecho a la vida	57
4. La negación estratégica del dolor	61
5. Conclusión.....	67
Capítulo 3	71
La diálisis y la politización de la catástrofe.....	71
1. La enfermedad como síntoma de la desposesión.....	74
2. La condena médica y la institucionalización del sufrimiento.....	80
3. De la sujeción a la resistencia: El cuerpo como territorio de lucha.....	90
4. Conclusión.....	99
Capítulo 4	105
Acompañar la salud para resistir la enfermedad.....	105

1. La policialización de la salud y la fragilización del tejido urbano-comunitario	109
2. Una red de acompañamiento entre mujeres.....	115
3. Los talleres de salud	119
4. “La salud es poder vivir la vida que queremos”	125
5. Conclusión.....	131
Conclusiones.....	135
La lucha colectiva por la dignificación de la vida	135
Lista de referencias	144

Ilustraciones

Gráficos

Gráfico 2.1 Consolidado Plan Anual de Inversiones Sector Salud en Ecuador 2017-2019.....	47
Gráfico 2.2 Cronología de la pandemia	49
Gráfico 3.1 Riñón afectado por la insuficiencia renal.....	75
Gráfico 3.2 Cronología de la enfermedad	78
Gráfico 4.1 Estructura organizativa de Mujeres de Frente.....	118
Gráfico 4.2 Cartilla de salud utilizada en el proceso de formación y promoción de la.....	120
salud comunitaria	120

Fotografías

Fotografía 2.1 Auto representación corporal de Lucero, Gloria y Azucena	65
Fotografía 3.1 Las secuelas de la enfermedad renal en el cuerpo de Analía.....	91
Fotografía 3.2 Carta de denuncia enviada al Presidente Moreno de parte de las internas.....	95
del CRS Cotopaxi.....	95
Fotografía 4.1 Sesiones virtuales del curso de formación en salud	122
Fotografía 4.2 Mascarillas construidas por Magdalena para el proceso de promoción.....	130
de la salud.....	130

Recuadros

Recuadro 1. Extracto del texto escrito por Analía para la revista Sitiadas 3	97
--	----

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Vanesa Beltrán Conejo, autora de la tesis titulada “Somatizar la (in)justicia: la politización de las experiencias de enfermedad y confinamiento de una mujer afroecuatoriana” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, agosto de 2021



Vanesa Beltrán Conejo

Resumen

Esta es una investigación que se pregunta por la experiencia encarnada del estado penal, a la luz de las trayectorias de enfermedad y confinamiento de Analía Silva, una mujer afroecuatoriana, cofundadora de la organización feminista y antipenitenciaria Mujeres de Frente (MDF), criminalizada en múltiples ocasiones por el microtráfico de sustancias ilícitas y diagnosticada en el 2017, con una insuficiencia renal crónico-terminal. En el debilitamiento de sus riñones, se expresan años de lucha contra la mala vida que conlleva la cárcel y la condena extendida que se plasma fuera de los muros de prisión, como expresión y efecto de un régimen securitario que desborda la institución penitenciaria y se expande en la cotidianidad de las calles, en los espacios de atención médica- públicos y privados y en las oficinas que brindan servicios de seguridad social.

Me centro en el análisis de la coyuntura de pandemia por COVID-19 para responder a la pregunta; ¿Cómo politiza Analía Silva las experiencias encarnadas de enfermedad y confinamiento en el contexto de pandemia? Retomando la noción de cuerpo-territorio, propongo el argumento de que, entre el desarraigo y el padecimiento, ella, y muchas mujeres más criminalizadas por el discurso securitario del estado, han producido una postura política a partir del reconocimiento de sí mismas como sujetas de la exclusión. Sus experiencias de politización se anclan en el cuerpo como territorio de lucha por la dignidad, la salud y la autonomía en medio de la sujeción. Recorro a la etnografía multisituada y el método biográfico como estrategias metodológicas centrales para el abordaje del problema de investigación.

Agradecimientos

Son muchas las personas que acompañaron este proceso y dejaron su huella impresa en las reflexiones académicas, políticas y personales que articulan este trabajo. Entre fronteras, en medio del confinamiento, las distancias obligadas, y aquella desgastante normalidad, se construyó una red de afectos cálidos me sostuvo desde el inicio hasta el final.

Quiero agradecer a Analía Silva, motor intelectual, afectivo y político de esta tesis, amiga y maestra de la vida, por dejarme entrar en su memoria y enseñarme a luchar todos los días. A Lisset, por acompañar este proceso de aprendizaje sensible y feminista y enseñarme con su ejemplo, la potencia que emerge del *hacer* y el *pensar* en colectivo.

A la red de Mujeres de Frente por permitirme *ser parte* y contagiarme de esta imaginación creadora de lucha por la autonomía, popular, feminista, arraigada en el afecto siempre en plural. Un agradecimiento profundo a Andrea, Typh, Heidy, Mayra, Nadia, Bárbara, Liss, Tefa y Angélica que me dejaron entrar en ese "ser juntas en la adversidad" y hacerme un lugarcito al que siempre podré regresar. A mi familia, red de cuidados y apoyo permanente que me ha sostenido siempre y que hizo posible mi experiencia en Ecuador. A FLACSO Ecuador que facilitó mi permanencia en Quito gracias a su programa de becas y la posibilidad de realizar el trabajo de campo con el apoyo de la beca de investigación para tesis de maestría. A las profes de la Maestría que producen conocimiento crítico y riguroso desde una colectividad feminista... A Caro Borda por su escucha, su lectura y su manera de enseñar, a Cris Vega y Liss, porque sus palabras y reflexiones serán siempre referentes.

A mis amigxs que acompañaron de la manera más creativa y generosa este proceso. Ro, Lau, Caro, Day, Taty, Gaby, Samy, Alexa- hay un pedacito de cada una en estas páginas, gracias por ser hogar. A Sergio, por la ternura, por la música y su potencia vital. A Majog, Mo, Checho y Andrés por cultivar cercanías en medio de la distancia; por dejarse invitar a ser parte de esto y hacer de reflexiones individuales, una conversación.

Introducción

Entre la enfermedad crónica y la condena estatal permanente

Cuando vives enferma en la cárcel, es una tortura. El maltrato, la injusticia, eso es lo que te va matando por dentro, rompiéndote el alma sin compasión. En libertad, a veces es peor, ya no le importa al estado lo que te pase, más si eres mujer, negra, pobre, y enferma (Silva en: diario de campo agosto 2019).

Esta es una investigación que se pregunta por la experiencia encarnada del estado penal, a la luz de las trayectorias de enfermedad y confinamiento de Analía Silva, una mujer afroecuatoriana, cofundadora de la organización feminista y antipenitenciaria Mujeres de Frente (MDF), criminalizada en múltiples ocasiones por el microtráfico de sustancias ilícitas y diagnosticada en el 2017, con una insuficiencia renal crónico-terminal. En el debilitamiento de sus riñones, se expresan años de lucha contra la mala vida que conlleva la cárcel y la condena extendida que se plasma fuera de los muros de prisión, como expresión y efecto de un régimen securitario que desborda la institución penitenciaria y se expande en la cotidianidad de las calles, en los espacios de atención médica- públicos y privados y en las oficinas que brindan servicios de seguridad social.

A lo largo del texto, argumento que, es en la intersección de sus experiencias de enfermedad y castigo penal, donde se encarnan los vínculos que unen la cárcel, la clínica y la calle como contextos expresivos de la reproducción social de la enfermedad y el acceso desigual a la salud. Parto de que, entre el ejercicio del poder y la resistencia, entre el control estatal absoluto y las experiencias narradas por muchas mujeres que nos muestran las fracturas de este ejercicio del poder, se abre una posibilidad de reflexión, y, sobre todo, un territorio esperanzador de lucha política por el que debemos seguir poniendo el cuerpo y la palabra a trabajar.

Conocí a Analía en noviembre del 2018, cuando la visité por primera vez en lo que popularmente se conoce como la Casa de Confianza de Chillogallo.¹ En aquel momento yo

¹ Lo que nombramos como "la Casa de Confianza de Chillogallo," según el Servicio Nacional de Atención Integral de Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI), es denominado como

iniciaba mis estudios de maestría y me había acercado a una de las profesoras con el interés de vincularme al trabajo en contextos penitenciarios. Ella me sugirió realizar aquella primera visita, como parte de una investigación que indagaba en la gestión de la salud y la enfermedad en las prisiones ecuatorianas. De aquel primer encuentro, emergió la posibilidad de conducir esta iniciativa a la investigación de tesis, sustentada en la continuidad del acompañamiento y reflexión junto con todas las compañeras de MDF, con quienes me vinculé meses después, en la asamblea de gestión. Lo que comenzó como una serie de visitas a la prisión, se transformó en una relación de afecto y cercanía que, por casi dos años, transitó entre la cárcel, las clínicas de diálisis y los hospitales del centro y sur de Quito.

En marzo del 2020, cuando entraba en la fase final del trabajo de campo, nos sorprendió la pandemia. El Decreto Presidencial No. 1017, establecía el confinamiento indefinido, al mismo tiempo que legitimaba el aumento de la presencia policial y militar en las calles, para controlar el cumplimiento ciudadano de las medidas de protección al contagio. Atestigué cómo rápidamente colapsó el sistema público de salud, ya fragilizado por las políticas de austeridad económica de la administración de turno y el efecto social de las alianzas público-privadas que han caracterizado la transformación del sistema sanitario nacional en los últimos diez años (Arteaga, Cuvi y Maldonado 2017; Dávalos 2016). Si antes de la emergencia sanitaria, exigir el acceso pleno a la salud era, para Analía, un sinónimo de excusas institucionales y largas cadenas burocráticas, con la pandemia, aquella lucha se tradujo en la resistencia a una violencia exacerbada por la escasez de recursos, el maltrato médico y la falta de presupuesto asignado a las clínicas que atienden el daño renal.

La desatención de los contextos penitenciarios se articuló con la agudización del control securitario en las calles y un discurso de protección al contagio que homologaba el cuidado de la *comunidad nacional*, con la seguridad ciudadana. Desde afuera de la prisión, Analía vivía esta situación en una nueva dimensión del confinamiento, aislada en su casa como medida de protección al contagio, sin acceso al trabajo y a la posibilidad de comprar los alimentos y medicinas requeridas para la gestión de su tratamiento.

“Centro de Atención Prioritaria Femenino de Quito” que alberga a mujeres privadas de libertad embarazadas y-o con hijos de menos de 3 años y casos especiales como el de Analía, que por su condición de salud y una medida de protección interpuesta meses antes de conocerla, descontó parte de su condena ahí. Yo utilizaré el nombre “Casa de Confianza”, como popularmente se le conoce.

Lo que presencié en la clínica, lo veía también en las publicaciones del Diario El Comercio que denunciaban la crisis humanitaria que vivía el Ecuador, en medio de la pandemia. Lo veía en los discursos del Presidente y en los indicadores sociales de salud, pobreza y desempleo urbanos (Velasco, Hurtado, y Tapia 2020a; Defensoría del Pueblo del Ecuador 2019a). Eran las imágenes de la policía confiscando la mercadería de los comerciantes urbanos, los relatos de las compañeras que narraban la violencia policial en las detenciones masivas, la instauración de “brigadas de seguridad comunitaria” para que, entre vecinos, se vigilara el cumplimiento de las medidas ya promulgadas. “Recuperar el control de la seguridad”, “limpiar los mercados de los desobedientes”, “castigar a aquellos que violentaban las medidas sanitarias” eran algunos titulares que se reproducían regularmente en los medios de prensa (Ortiz para Diario El Comercio 2020; Redacción TVC 2020).

Esta tesis se sitúa ahí, en medio de la emergencia. A partir de un acercamiento desde la etnografía multilocal (Marcus 2001), seguí las trayectorias de Analía, entre la prisión, la clínica y el espacio organizativo de MDF. Su testimonio, fue mi ruta de ingreso a un contexto complejo, marcado por las violencias de estado, la profundización de las desigualdades sociales, el desarraigo y el confinamiento. En el camino, me topé con otras mujeres que, desde distintas experiencias, compartían una lucha política enraizada en el reconocimiento político de la exclusión social, el racismo, y la criminalización de la pobreza como condiciones constitutivas de su proceso de politización. Esto me permitió interpretar en su riqueza y complejidad, el proceso que estaba analizando, transparentando los desafíos reflexivos y metodológicos que devienen de un trabajo colaborativo que ingresa por las trayectorias de vida de una mujer, para comprender colectivamente procesos sociales y políticos de más larga data.

Fue a través del *acompañamiento* como camino metodológico, como posibilidad política y como núcleo articulador de la reflexión en clave de acción feminista que esta investigación fue posible. Desde el reconocimiento de los vínculos afectivos que atravesaron este proceso, me planteé la pregunta: ¿Cómo politiza Analía Silva las experiencias de enfermedad y confinamiento en el contexto de pandemia?

Tomé como punto de partida las discusiones de los feminismos comunitarios del Abya- Yala (Gago 2019; Cabnal 2010) para abordar la producción del *cuerpo- territorio* que, en las

trayectorias de Analía, refleja procesos históricos y políticos de disputa por la vida, en medio de contextos marcados por la sujeción y la enfermedad. A lo largo de esta tesis, muestro cómo esta categoría fue útil no solo analíticamente sino también, como un método para develar el engranaje entre las nociones de experiencia politizada, padecimiento y enfermedad.² Fue a través de las reflexiones que surgieron en torno a esta categoría que pude además, discutir la manera en cómo Analía, el resto de mujeres que integran la organización de MDF y yo misma, comprendíamos el estado penal (Wacquant 2010a, 2010b), y, sobre todo, cómo en medio de esta pluralidad de este diálogo, discutíamos la idea del estado como un aparato de dominación total y homogéneo; aun en contextos de excepción.

Sin duda, era mucho. Mucha enfermedad, mucha violencia, y un exceso de dolor colectivo frente al crecimiento de los contagios y la impotencia de no poder hacer suficiente frente a una crisis humanitaria multidimensional. Pude escribir sobre ello, gracias a la lectura acompañada, la reflexión colectiva y el trabajo organizativo del cual MDF me permitió ser parte. Situada en este nuevo territorio de encuentro colectivo, emergen condiciones de posibilidad para abordar el proceso de producción de conocimiento, como un esfuerzo colectivo que potencia el surgimiento de un "investigar juntas", que llega a ser posible en medio de la tensión, la pregunta, y la porosidad de una relación colaborativa tejida en la diferencia (Haraway 1995).

Son ellas, quienes iniciaron este camino de militancia feminista, mis referentes directos, a quienes les debo la posibilidad de realizar este trabajo, con la generosidad y el cariño con el cual me abrieron sus puertas desde el primer momento. Analía, compañera del colectivo y amiga muy querida, es el motor reflexivo de estas páginas, en las que intento plasmar los relatos, sensaciones, recuerdos e imágenes que emergen de sus experiencias de enfermedad y confinamiento.

Analía Silva: Tejedora de resistencia contra el estado penal del Ecuador

Como en todo proceso de investigación, la construcción de la pregunta que dirigiría esta tesis se fue transformando a la luz del contexto que analizaba. Al inicio, había optado por

² Esta discusión, elaborada con profundidad en el capítulo teórico, se nutre de la antropología médica (Taussig 1980; Schepher-Hughes y Wacquant 2002) y de otras reflexiones teóricas que se vinculan a la noción de experiencia, con especial énfasis en el trabajo de Joan Scott (1990).

reconstruir las trayectorias de politización de Analía, entre el adentro y el afuera de prisión. Si bien aquellas trayectorias fueron redirigiéndose hacia el análisis de sus experiencias de enfermedad y confinamiento en el periodo de pandemia, resultó fundamental la recopilación de datos anterior, que registraba algunos elementos clave de su proceso de politización, en función de tres hitos importantes de su historia de vida. A pesar de que los eventos destacados son nombrados de manera cronológica, es importante destacar que la forma en cómo atraviesan la politización de Analía no siempre es lineal, ni mucho menos homogénea. Considero que es importante señalarlos, pues a través de estas prematuras reflexiones, pude abordar con mayor precisión, la manera en que se articula su historia de vida con la construcción de un pensamiento político crítico- objeto del análisis que fuimos desarrollando en conjunto.

a. **Breves apuntes biográficos**

Analía nació en 1962. Su llegada fue amortiguada por los matorrales del camino que conectaba la ciudad de Ibarra con la comunidad del Quinche y por la fuerza implacable de una madre que parió sola, en los márgenes de la ruta que recorría año tras año con fe de que la virgen local le proveyera una vivienda digna, comida y trabajo (Diario de campo, junio 2019). Así narra Analía su nacimiento: como una metáfora de resistencia que se hace cuerpo no solo en ella, sino también en la decisión de Rosa, su madre, de no dejarse morir:

Yo siempre he sido pobre. Pero mi madre nunca fue dejada y la verdad yo tampoco. No me gusta lo sucio, no me gusta no comer, ni eso de no tener casa. Ella se vino a Quito porque aquí prometían trabajo, pero eso nunca llegó. Siempre fuimos igual de pobres. Por eso salí corriendo de esa cárcel [así describía su hogar de niña], a trabajar en la calle desde que tenía ocho años. Limpié casas, cuidé guaguas, y anduve por las calles de Quito muchas noches (...) Yo quería tener dinero para mí y para mi familia; ¿A quién le gusta vivir en la pobreza? En esa época sufrí mucho, pero tenía mucha fuerza todavía, era joven, fuerte y hermosa, tenía unas piernas torneadas muy bonitas (...)

La cosa se comenzó a poner más dura conforme pasaron los años, yo ya era guambra. Ya en la calle no te sentías libre, ya no te ibas a la calle a escapar de los patronos que manoseaban, de la madre que te pegaba; ahora la calle era insegura porque cada tanto habían batidas policiales: cuando llegaban, se llevaban a todos, no preguntaban, si te veían en la calle de noche eras delincuente (Analía Silva, cofundadora Mujeres de Frente, en entrevista con la autora 12 de agosto 2019).

Era la época del ajuste estructural, reproducido en América Latina como receta del progreso, de la mano con el discurso norteamericano de defensa de la democracia y guerra contra el narcotráfico (Coba 2015). Lejos de ser un fenómeno separado de los cambios económicos estructurales, el giro del discurso penal hacia la criminalización de las redes de narcotráfico, se tradujo, concretamente, en una criminalización de aquellos sectores empobrecidos reclutados por las economías ilegales, en los que las mujeres como Analía jugaban un rol estratégico: la distribución de pequeñas cantidades de drogas en el ámbito local y comunitario, con pocas posibilidades de ascenso dentro de la cadena de producción y ocupando la posición de mayor vulnerabilidad frente al control policial (Aguirre 2016; Pontón y Torres 2007; Coba 2010; Lagarde 2003; Darke y Karam 2017; Almeida 2017).

En ese contexto, Analía ingresó a prisión por primera vez, bajo la tutela de las hermanas del Buen Pastor.³ Poco después conoció la cárcel del Inca, en la que descontó varias veces una condena por el mismo delito: la reincidencia por microtráfico de sustancias drogas. Fue ahí, en el escenario que transita por el adentro y el afuera de prisión, que fue construyendo un discurso político: “yo no me formé en la academia como ustedes, yo me fui haciendo en la vida, en la misma injusticia”, señala cuando le pregunto acerca de su trayectoria como activista (Silva en diario de campo, setiembre 2018). Al revisar sus cartas, sus intervenciones en medios de comunicación, y los escritos que ha producido desde la cárcel, resulta claro que la crítica que ella le hace al “estado de injusticia” (como ella lo nombra), no se construye entre libros de texto, seminarios, o clases en la universidad. Por el contrario, entre la sencillez de su lenguaje, la claridad de sus ideas y la caligrafía temblorosa, se muestra un argumento cuya fuerza proviene de lo concreto y lo cotidiano.

b. Un primer hito: el motín del 2004

Luego del 2004, de muchas formas, las “otras” comenzaron a cobrar rostro: estudiantes, docentes, artistas, trabajadoras autónomas y todas las que conforman la comunidad diversa de Mujeres de Frente, con quienes emprendió formalmente el sueño de un activismo antipunitivista, entre el adentro y el afuera de la cárcel. Con ellas, ha tejido por años, un idioma común de resistencia, entre afectos, cuidados y procesos de acompañamiento. Por más de quince años han trabajado juntas por la reconstitución del tejido social urbano, ya

³ Sobre la historia del sistema penitenciario en Ecuador como parte de un dispositivo de control social más amplio, pueden revisarse los trabajos de Andrea Aguirre (2016) y Ana María Goetschel (2019).

lastimado por un orden de seguridad que permanentemente castiga a quienes persisten en sobrevivir la exclusión y el empobrecimiento, a través de redes populares que configuran las economías autónomas callejeras- legales e ilegales (Aguirre 2019; Coba 2015; Pontón y Torres 2007).

De este colectivo es cofundadora y eso lo deja claro cada vez que se presenta en público como parte de la organización. Reclama su lugar como protagonista de su origen, señalando que, en aquel primer encuentro del 2004, entre “las de afuera” y “las de adentro” de la cárcel del Inca, ella tuvo un papel fundamental:

Habíamos organizado un motín adentro para pelear por las condiciones que teníamos y porque afuera nadie estaba hablando de los abusos que se daban. Tomamos a los periodistas de rehenes, unas hicieron huelga de hambre, y desde afuera las muchachas comenzaron a apoyar, nos conocimos a raíz de eso [Analía llama “las muchachas” a las compañeras de la organización que apoyaron los motines desde fuera de la prisión]” (Analía Silva, cofundadora Mujeres de Frente, en entrevista con la autora 12 de agosto 2019).

Lo que inició como una acción de apoyo concreto a la situación de las prisiones, se transformó en una visita regular entre mujeres. Juntas, reflexionaron críticamente sobre la experiencia de la prisión, escribieron textos, dialogaron sobre la salud, los cuidados, el sostenimiento de las redes familiares, el racismo y la criminalización de la pobreza.⁴ La relación entre las compañeras iba más allá de una división utilitaria entre quienes aportan desde la experiencia vivida (desde adentro de la prisión), y quienes lo hacen desde la experiencia académica (desde fuera). En la articulación de la diferencia, se fue tejiendo una reflexión que abonaba a la comprensión del castigo penal situada a la luz de un contexto que engranaba el despliegue del control social con la liberalización de la economía y de los servicios públicos.

⁴ En los trabajos de Andrea Aguirre (2017; 2019, 2010) y Lisset Coba (2010, 2004; 2015) se narra el primer encuentro de lo que posteriormente se cristalizó como MDF y las experiencias de trabajo político con las compañeras de la cárcel de Inca. Tal y como lo narran estas autoras, MDF se ha dirigido desde su nacimiento, por los principios de la investigación-acción popular y feminista, la formación política, el trabajo cooperativo, y el principio de reciprocidad y redistribución que articulan su crítica del estado penal. Entre el 2004 y el 2006, parte de los frutos de esta relación de cooperación, fue la publicación de las primeras dos ediciones de la revista *Sitiadas*.

Estos aprendizajes, Analía los plasmaba en las cartas que escribía desde prisión, para exigir el mejoramiento de sus condiciones de vida:

Me acuerdo de que estábamos produciendo la revista, creo que era la primera edición. Y hablamos de la reincidencia. Yo les decía a las chicas que yo no entendía por qué las que éramos reincidentes no teníamos acceso a los beneficios, como si le debiéramos algo al estado siempre, cuando en realidad esto es como un banco, entras a la cárcel con una deuda, y la cumples. Una vez que ya no tienes la deuda, no debería el banco de seguirte cobrando por lo que ya pagaste (Analía Silva, cofundadora Mujeres de Frente, en entrevista con la autora 4 de enero 2019).

Esta reflexión había surgido en los talleres que las compañeras desarrollaron *dentro* para la escritura de una primera edición de la revista Sitiadas, bajo la premisa de que aquel texto era producto del trabajo de "mujeres que están hartas de su situación" (Mujeres de Frente 2004). En las primeras ediciones de la revista, se plasman los primeros trabajos de co-escritura y formación política que fueron claves para ir dándole forma al lenguaje organizativo:

Juntas hemos ido pariendo ideas. Buscamos "nuestro tema" en los sucesos del día a día, empezamos a preguntarnos, a callar y a pensar sobre los complicadísimos ensayos de la vida encerrada, a leer, a escribir, a hablar y a acompañarnos... construimos acuerdos y al final la discusión queda siempre abierta. Sitiadas es un trabajo de mujeres en situación (de castigo) que saben de lo que hablan cuando asaltan irreverentes la plaza pública con su palabra aprendida y sentida, ambigua como la vida misma (Editorial Sitiadas 1, Mujeres de Frente 2004, 1).

Otras actividades, además de los talleres de escritura y discusión política fueron desarrollados dentro de la cárcel del Inca como parte de aquella comunidad en formación que era MDF. Para Analía, la principal fue el acompañamiento sostenido y cotidiano que permitió ir creando un lazo de confianza y afecto más allá del ejercicio concreto de pensar el castigo y las desigualdades sociales. Escribir sobre las propias fragilidades y repensarlas en términos de denuncia política, fue posible gracias a este vínculo que se sostenía en las visitas, porque, en palabras de Analía "uno adentro aprende que la confianza se gana, y que la vida uno solo se la confía a quien se la merece" (Silva, diario de campo, enero 2019).

c. Un segundo hito: el indulto y la Organización de Reincidentes

¿Qué pasó después de aquellas primeras ediciones de la revista? ¿Cómo se sostuvo aquel colectivo cuya apuesta fue, desde un inicio, el trabajo político en la desigualdad? No fue fácil identificar un segundo hito, entre tantos relatos de tantas compañeras. Sin embargo, decidí seguir la propuesta inicial de varias compañeras de MDF, y plantear como segundo momento, el contexto del indulto y la Organización de Reincidentes (OR).⁵

Era el año 2007, y MDF llevaba al menos tres años de trabajo político militante.

Recientemente se había elegido a Rafael Correa como presidente, y dentro de su propuesta de una Revolución Ciudadana, la producción de una nueva constitución política era clave; una que apostara por la garantía de los derechos humanos y el respeto de los principios del *buen vivir* como pilar de la plurinacionalidad ecuatoriana. En el marco de ese proceso, el presidente propuso el indulto humanitario de las “mulas” por narcotráfico, como parte de un discurso inicial del líder político, en el que se comprometía con la situación del sistema penitenciario nacional y específicamente, con la de las mujeres presas por transportar droga. Fuera de aquella propuesta, quedaban las que, como Analía, habían sido condenadas, varias veces por el mismo delito.

Para ese momento, se había configurado en la cárcel del Inca una organización de reincidentes, en cuya formación Analía fue fundamental.⁶ Analía coincide en la heterogeneidad de aquella iniciativa, que activó el carácter político de “las reincidentes del Inca” de la mano con el trabajo que se venía realizando con Mujeres de Frente a lo interno de la prisión. Esto coincide con lo establecido por Coba (2010) que afirma que: “aunque no todas hablábamos al unísono y algunas consideraban que la cárcel era un castigo del cielo, para las compañeras encarcelas el castigo se volvía común, su necesidad fundamental era la justicia inmediata: salir de la asfixia que provoca el encierro” (Coba 2010, 178).

El anhelo de la pronta libertad era algo que Analía veía posible, luego de una campaña electoral en la que “aquel hombre justo, bueno y guapo” (refiriéndose a Rafael Correa) (Silva

⁵ Tomo como punto de partida el trabajo de Coba (2010) para reconstruir este momento y lo articulo con las notas de campo en las que registré las menciones de Analía sobre este periodo.

⁶ Coba (2010) registró el origen de la Organización de Reincidentes, como parte de una propuesta que emerge de la comprensión de Analía de su situación y del reclamo de la libertad ganada como un derecho. No era la única, señala la autora, pues las reincidentes formaban parte de la historia del Inca, eran una de las expresiones de un estado cada vez más policial (Coba 2010, 177).

en diario de campo, diciembre 2018), había prometido atender, desde una perspectiva de derechos humanos, la gestión de la justicia. En ese contexto, consideraron que era fundamental intervenir en la Asamblea y posicionar sus casos. Lo hicieron en función de una iniciativa que surgió en el seno de MDF, a través de cartas, recortes de expedientes y fotografías, todas expuestas frente a la Asamblea Constituyente, con la consigna por la despenalización de la pobreza y la responsabilización del estado por lo ocurría a estas compañeras que entraban una y otra vez a la prisión. Producto de aquella intervención, la OR, y el Comité de Internas compartieron con MDF muchas más cartas que fueron organizadas en una rueda de prensa convocada por el colectivo (Coba 2010, 194). De aquel acto político, se desencadenó una serie de acciones que dieron como resultado la aprobación del indulto, eso sí, exceptuando los casos de reincidencia.

A pesar de que, frente a este desenlace, el primer impulso fue la decepción, Analía recuerda la fuerza de todo el proceso y lo consigna como una expresión clara de politicidad, de recuperación de la voz y de potentes alianzas transformadoras (Silva, en diario de campo diciembre 2019; Coba 2010). Que la discusión no alcanzara a la condición de reincidencia no desmerecía la riqueza del proceso de planificación y acción política previo. Por el contrario, Analía y el resto de las compañeras del colectivo, detallan con orgullo cada tarea desarrollada, cada momento de la discusión, cada avance de lo que para ellas significó posicionar en el debate público, un tema que históricamente se ha relegado a la privacidad de la prisión.

d. El tercer hito: los traslados

Un último evento de los tantos que marcan la trayectoria política de Analía es el traslado masivo de personas privadas de libertad hacia los megacomplejos penales, construidos en la segunda etapa de la Revolución Ciudadana. La historia se remonta al año 2014 “cuando la población femenina hacinada en la cárcel de mujeres de Quito fue trasladada a la inmensa Regional Cotopaxi, recién construida en la sierra centro del país” (Aguirre y Coba 2017, 73). Decenas de hombres y mujeres fueron movilizados en horas de la noche hacia Latacunga, una ciudad ubicada aproximadamente a noventa kilómetros de la capital. En el discurso institucional, se colocó la idea de que aquel traslado se realizaba como medida para descongestionar el sistema penitenciario, al mismo tiempo que aseguraba el resguardo de garantías fundamentales de la población penalizada, en seguimiento a la reforma

penitenciaria recién aprobada. En términos prácticos, implicó la separación abrupta y arbitraria de redes comunitarias que se sostenían en la proximidad de aquellas prisiones abarrotadas (Diario de campo, diciembre 2018 y Aguirre y Coba, 2017).

En ese momento Analía estaba fuera de prisión, aunque seguía vinculada con MDF. Frente a aquel evento, participó de la organización del "Comité de familiares, amigos y amigas de gente en prisión" como plataforma de denuncia de la deshumanización del sistema penitenciario en el país" (Aguirre y Coba 2017, 83). Ocuparon las calles, escribieron notas de denuncia contra un régimen de castigo que, en palabras de Analía "les arrancaba la humanidad" (Diario de campo, diciembre 2019). No solo se había expulsado a muchos hombres y mujeres de la cercanía de sus familias y sus entornos comunitarios, también se había legitimado, con el traslado, un régimen de securitización del castigo en el que se regularizaron prácticas de violencia, no solo contra la población privada de libertad, sino también contra quienes asistían a las visitas.

En aquel tiempo, el compañero de Analía estaba preso. Fue uno de los que trasladaron. Ella cuenta que salió a la calle por él, por la falta de infraestructura para garantizar los derechos y porque en algún momento, sabía que podía ser ella la que estuviera ahí dentro " (Silva en diario de campo, enero 2019). Efectivamente, tiempo después, fue apresada nuevamente, y ordenada a descontar parte de su condena en aquel megacomplejo. Desde adentro, articuló algunas acciones para denunciar la falta de agua potable, la mala alimentación y la violación sistemática de derechos humanos por parte de los y las funcionarias (Morán Susana para Plan V 2018a).

En estas intervenciones se notaba la amplia trayectoria de reflexión política que venía detrás: Analía mencionaba uno a uno los derechos que le eran violentados caracterizaban al estado de injusticia y argumentaba por qué era pertinente cuestionar el nuevo régimen. No hacía falta estar adentro para entender lo que estaba en juego; ella lo había visto venir y comprendía lo que significaba vivir la amenaza de vivir el encierro lejos de los seres queridos (Diario de campo, noviembre 2018 y enero 2019). Pero, nuevamente, aunque su relato estuviera atravesado por su papel individual en este proceso, lo cierto es que la organización de la protesta y la conformación del comité de familiares y amigos era producto de un tejido colectivo que le había dado forma con años de trabajo.

Mujeres de Frente se había transformado; con el indulto, muchas compañeras se habían alejado de la organización y otras se habían acercado. La dinámica era de tránsito; de gestión constante de la emergencia. Comprender estas temporalidades y maneras de abordar la militancia era desafiante, justamente porque respondían a su propia constitución diversa y desigual. De igual manera, plasmar algunos elementos preliminares que abonan al proceso de politización que atraviesa Analía, en conjunto con la organización, es un reto, sobre todo porque la producción de esta experiencia ha escapado siempre de la linealidad. En ese sentido, esta investigación busca profundizar en la trama de relaciones, narrativas y memoria que van articulando esta experiencia, en un contexto específico como el de la pandemia, pero reconociendo que lo que sucede en este periodo no se comprende sino en su vínculo con el contexto histórico personal, social, y organizativo, que le antecede.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar la politización de las experiencias de enfermedad y confinamiento de Analía Silva en contexto de pandemia.

Objetivos específicos

1. Reconstruir la gestión estatal de la salud en las cárceles del país durante la pandemia.
2. Caracterizar la politización de la experiencia de enfermedad de Analía en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.
3. Analizar la dimensión política del proceso de formación y promoción en salud comunitaria dirigido a la red organizativa de Mujeres de Frente.

El encuentro entre nosotras y su potencia radical: Reflexión ética y metodológica

No tenía consciencia de la complejidad ética y metodológica del proyecto que emprendía con Analía, más aún, cuando este proceso se vio interrumpido por mi salida repentina de Ecuador, y la llegada de "la virtualidad" como espacio de contacto en medio de la emergencia sanitaria. Fue en ese momento, cuando las distancias pesan y se reconstruye lo vivido, que caí en cuenta que, en medio de ese acompañamiento intenso que sostuvimos por dos años, yo también me había transformado.

La reconstrucción de este proceso transparentó el carácter poroso, frágil y contradictorio que tienen las investigaciones cuando nos colocamos en relación con las otras, con quienes construimos cercanías, afectos y tensiones. No es fácil construir un *nosotras* cuando ponemos a dialogar una diferencia que ha sido situada en clave de desigualdad. No es sencillo confrontar la relación de poder que a priori atraviesa ese primer encuentro y es quizás, hasta que se reconocen esos lugares, que se pueden traspasar las dinámicas de idealización o extractivismo académico, que tanto se critican desde la investigación comprometida en clave feminista (Rappaport 2007; Hernández 2018).

Haraway (1995) y Rappaport (2007) nos provocan a volver sobre ello y no invisibilizar aquellas distancias que enriquecen la colaboración:

La alternativa al relativismo son los conocimientos parciales, localizables y críticos, que admiten la posibilidad de conexiones llamadas solidaridad en la política y conversaciones compartidas en la epistemología [...] El relativismo es el perfecto espejo gemelo de la totalización, ambos son “trucos divinos” que prometen, al mismo tiempo y en su totalidad, la visión desde todas las posiciones y desde ningún lugar, mitos comunes en la retórica que rodea a la ciencia. Pero es precisamente en la política y en la epistemología de las perspectivas parciales donde se encuentra la posibilidad de una búsqueda objetiva, sostenida y racional (Haraway 1994 citado en Hernández 2018, 115).

Aída Hernández (2018) profundiza en esa línea y plantea que “el pensamiento crítico no está reñido con la rigurosidad académica, y construir una agenda de investigación en diálogo con los actores sociales con quienes trabajamos, más que desvirtuar el conocimiento antropológico, permite trascender el limitado mundo de la academia” (Hernández 2018, 83). Si a través del diálogo en la diferencia se potencian procesos de reflexión crítica y politizada; ¿Cómo plantear los límites que bordean esa colaboración para sortear la idealización de ese encuentro y poder así trascender la reproducción de las estructuras jerárquicas que intentamos problematizar?

Al inicio, Analía y yo discutimos varias veces cuáles eran las expectativas que cada una depositaba en lo que, en ese momento llamábamos, “el proyecto”. Nombrar mis intenciones de investigar-acompañándonos fue un desafío enorme, porque implicó reconocer que, a pesar de que mi intención era construir un vínculo de confianza y horizontalidad, mi mirada iba a ser

siempre distinta; la de quien sigue y acompaña, al mismo tiempo que analiza las experiencias que se producen en el campo.

Emprender este proceso fue asumir el hecho de que mi mirada iba a ser confrontada por otra(s) cuyos intereses debían ser parte del diálogo que estábamos entablando; con las mujeres de la organización, con Analía y también con los y las funcionarias públicas con las que conversé. Ciertamente, las tensiones que podían emerger de ese encuentro de miradas, no se disolvían en una promesa de acompañamiento comprometido, transparente y horizontal.⁷ No era posible, justamente porque eran expresión y efecto de aquellos procesos históricos que también discutíamos, desde donde se ha legitimado la jerarquía de saberes y el imaginario colonizador de que, quien investiga, escucha, sigue y analiza a sujetos desposeídos de autonomía, recursos y-o conciencia de su lugar en el mundo (Hernández 2018 ; Agudo en Castro-Neira 2019).

En los primeros meses de trabajo, esta relación se reprodujo de una manera particular. Antes de que saliera de prisión, en el 2019, yo la visitaba para reconstruir su trayectoria de enfermedad y confinamiento. En aquellos encuentros, bastaba que yo me sentara, y ella comenzaba a hablar por horas, sin que yo hiciera alguna pregunta inicial, o le propusiera un tema de conversación. Su crítica al estado era permanente, coherente con lo que iba elaborando sobre la injusticia y la prisión. Sabía qué decirme, en qué momento, con qué tono, y en qué orden, como si supiera con detalle qué era aquello que yo estaba buscando.

Yo llegaba a mi casa y sentía que no tenía nada; que no estaban surgiendo datos nuevos. Semanas después, Analía me confesó que cuando nos conocimos, me estaba "poniendo a prueba". Quería saber quién era yo, cuáles eran mis intenciones, y "qué era lo que quería de ella" (Diario de campo noviembre 2018). Al explicarme, reconocía que era difícil pensar una estrategia de cooperación con alguien que a penas conocía, sobre todo, porque lo que ella veía

⁷ En una ocasión, cuando discutíamos el consentimiento informado, Analía me cuestionó cuál podía ser el beneficio de participar "en esto", ¿Me haría millonaria a costa de su historia?; ¿Publicaría libros y los vendería sin que ella se diera cuenta?, "yo no quiero que le demos nuestra vida a la gente, y que luego se vayan, mientras nosotras seguimos igual de jodidas"- cuestionó (Silva, diario de campo febrero 2020). Esta experiencia marcó el rumbo de la colaboración, y posibilitó la construcción de una alianza que trascendió el momento de recopilación y análisis de datos.

en mí era a una estudiante privilegiada, joven, extranjera, y con poco conocimiento sobre las dinámicas internas de la prisión.

No fue sino hasta después, cuando los encuentros se hicieron regulares y comenzamos a trabajar en proyectos políticos paralelos a la investigación, que el planteamiento de una propuesta colaborativa se vislumbró como posibilidad real. La regularidad se tradujo en un proceso de diálogo mediado por la escucha, en el que pasé de prestar atención exclusivamente lo que ella tenía que decir, a colocar también mi propia voz. En la conversación, fue que encontramos las condiciones de posibilidad para reconocer nuestros propios sesgos, las preconcepciones que traía cada una al encuentro y las distancias estructurales que debíamos reconocer, más que invisibilizar.

Entre el extrañamiento y el desconocimiento inicial de los contextos médicos, penitenciarios y organizativos (lo que denominé territorios de análisis) me percaté de lo parcial que era aquella postura de privilegio con la que tradicionalmente embestimos a quienes llegan como investigadores al campo. Lidar con la emergencia, en todos sus niveles, fue una condición que vino a discutir los límites de aquella jerarquía, no solo porque exigía la resolución conjunta de las situaciones imprevistas que comenzaban a brotar, sino porque en medio de ese contexto, la fragilidad y el temor eran sentimientos compartidos por todas las que confluíamos en MDF.

Abrazar las preguntas que quedaban sin contestar, y los cuidados que debíamos anteponer en plena pandemia, fueron claves para producir una cercanía genuina, a contrapelo de las experiencias que se iban desplegando en el acompañamiento. Cuando decíamos "investigar en la emergencia" nos referíamos a que cada vez más, los eventos imprevistos, desbordaban lo planeado. Más aún, cuando en lo personal, había decidido aferrarme al acompañamiento como ingreso metodológico *en y a pesar* del estado de excepción.

Para poder hacerlo, hay que disponerse a lidiar con la permanente tensión que supone el diálogo en diversidad, donde las relaciones históricas de poder y desigualdad también se encarnan. En lugar de silenciarlo y homogeneizar el vínculo, MDF me enseñó a nombrarlo punto de partida para un proceso de politización. Así, lo que al inicio creí que era una investigación sobre una historia de "otras", se transformó en la posibilidad de involucrarme

como parte de esas experiencias, mirándome a mí misma al lado de esta red de acompañamientos que atraviesan el vínculo con Analía.

Las reflexiones sobre la violencia que ella relataba y que también atestigüé, se materializaron en un conjunto de experiencias profundamente dolorosas difíciles de narrar. De acuerdo con Ahmed (2015) estas experiencias nos impulsan a traer al terreno de la *acción política* los dolores que no podemos hacer nuestros, pero que, en el proceso de reflexión, nos conecta con quienes los encarnan. Sin lugar a duda, esto fue quizás el reto más difícil cuando ocupé el lugar del acompañamiento como un punto de partida para construir una reflexión colaborativa.

Esto ciertamente presentaba un desafío; ¿Cómo se sostiene la vigilancia teórica y metodológica cuando una es sujeta de su propio análisis? Yo también sentía furia cuando los médicos legitimaban un abuso contra ella a través de una explicación técnica. Sentía enojo cuando la doctora a cargo increpaba la condición de género de Analía para explicar su indisciplina, o cuando la despedía en el hospital, con el temor de no saber qué tenía y cuánto tiempo la iban a estar ingresada (Diario de campo, 2020). Me sentí vulnerable en cada visita a la cárcel, cuando el cuerpo queda expuesto a un sistema de vigilancia que ordena el cacheo a partir de un criterio de sospecha fundado en la apariencia física. Y también me sentí contrariada, cuando por mi condición de estudiante extranjera, me perdonaron el haber ingresado a la cárcel con unas monedas que el escáner no pudo detectar.

El diálogo con otras compañeras, la lectura permanente de investigaciones, y el regreso constante a la teoría, fueron algunos de los canales que utilicé para regular ese torbellino de afectos desbordados. Intenté aferrarme a los datos para ver a través de ellos y no solo a través de las emociones que provoca el contacto directo con las estructuras de poder que tanta violencia ejercen. Me concentré en identificar cómo esas estructuras de dominación también habían recaído sobre mi cuerpo, develando que aquella jerarquía que nos colocaba a Analía y a mí en lugares distintos. Indagué en mi propia historia, identificando cómo a ambas nos pasaba por el cuerpo los efectos del sistema clasista, racista y patriarcal en el que estábamos inmersas. Al hacerlo, descubrí que, en la pregunta sobre los *cómo*, más que en los *qué* o en los *por qué*, encontraba un terreno fértil para sostener el diálogo y comprender mejor ese vínculo que íbamos produciendo.

El método etnográfico (Rappaport 2007; Marcus 2001), me permitió dar cuenta del territorio corporal como un espacio enriquecedor para interrogar procesos históricos amplios como la criminalización diferenciada de las mujeres vinculadas a las economías ilegales, las relaciones de dominación que se ejercen desde los espacios de atención médica y los límites de la frontera entre el adentro y el afuera de la prisión. Desde una aproximación participante, políticamente situada, pude encontrar un espacio de reflexión sobre la complejidad del estado penal, y la manera en cómo se plasmaba en contextos como el de la gestión de la salud pública- una dimensión que históricamente se ha asociado al brazo social del estado; más que a su dimensión represiva.

El registro sistemático de anotaciones, testimonios clave, relatos personales y datos que iba recopilando, fue vital al momento de vincular la historia de vida de Analía, con el de otras mujeres que habían experimentado el estado penal de maneras similares y a veces, distintas a las que venía registrando (Rappaport 2007). El "diario" que cargaba conmigo estaba constituido por apuntes, recortes, fotos y cartas que clasifiqué en dos direcciones: una que describía las actividades de investigación desarrolladas, y otra que en la que las analizaba a la luz d mi experiencia de participación, u observación de estos procesos. Este ejercicio me permitió articular los capítulos en función de los objetivos propuestos y enriquecer la discusión de resultados no solo en relación con la teoría sino también con mi proceso de transformación a lo largo de la investigación.

Durante dos años, el proceso de acompañamiento consistió en un seguimiento cercano a través de encuentros semanales, visitas a la prisión (durante la primera fase), a las clínicas de diálisis y hospitales a los que asistió Analía en este periodo y, en contexto de pandemia, al contacto cotidiano a través de llamadas telefónicas y mensajes de WhatsApp. El estar cerca, la una con la otra, fortaleció un vínculo de afecto y confianza que sin duda facilitó la comprensión de las experiencias narradas por ella. Junto con otras compañeras cercanas de MDF este acompañamiento se tradujo también en escribir juntas (Mujeres de Frente 2020c, 2020b) y apoyar procesos puntuales de denuncia a las condiciones de violencia médica que Analía experimentó en pleno desarrollo de esta investigación.

Estrategia metodológica

A continuación, expongo la estrategia metodológica utilizada en el abordaje de cada uno de los objetivos específicos, correspondientes a los capítulos de esta investigación.

Objetivo específico 1: Para reconstruir la gestión estatal de la pandemia en las cárceles del país recurrí a las siguientes fuentes de información: Las notas registradas en el diario de campo sobre la evolución de la emergencia sanitaria, los discursos gubernamentales reproducidos en las distintas fases de la pandemia (incluidos los decretos presidenciales, las intervenciones del Presidente Moreno Garcés en las cadenas televisivas, la publicaciones en redes sociales como Twitter y Facebook de los ministros de salud y del interior) los testimonios de Analía en medio de la pandemia, los mapas corporales elaborados con mujeres privadas de libertad en la cárcel de Latacunga durante el taller realizado el 11 de marzo del 2020, los protocolos de prevención al contagio dispuestos por el Servicio Nacional de Atención Integral a la Población Privada de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI), el modelo de gestión penitenciaria vigente y los informes que periódicamente publicaban organizaciones de derechos humanos como Fundación Dignidad, y el Observatorio Social del Ecuador. Además, revisé las noticias publicadas por el Diario El Comercio y Tv Amazonas durante las primeras semanas de confinamiento.

La revisión y análisis de estas fuentes fueron guiadas por las siguientes categorías: Estrategias de inmunización, significados de la enfermedad en contexto carcelario, auto representación corporal de las mujeres presas, proceso de politización “desde dentro”. Al mismo tiempo que analizaba los documentos ya mencionados, acompañaba a Analía vía telefónica y mantenía reuniones regulares con la asamblea de gestión de Mujeres de Frente desde donde organizamos, entre muchas otras actividades, la construcción de un manifiesto por la excarcelación en contexto de emergencia sanitaria, acuerpado por organizaciones aliadas de derechos humanos.

Objetivo específico 2: Para caracterizar la relación entre las prácticas de violencia que se reproducen en los espacios médicos y la politización de la experiencia de enfermedad de Analía en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, mantuve la revisión de las publicaciones en prensa del Diario El Comercio, sobre todo, aquellas relacionadas con los centros de diálisis y su vínculo con el Ministerio de Salud Pública. Asimismo, retomé las

notas del diario de campo, en el que plasmaba los hallazgos del proceso etnográfico desarrollado en la clínica de diálisis a la que asistía Analía, así como citas, frases y otros materiales que surgieron de las visitas a su casa para aprender a tejer, el acompañamiento en dos episodios de emergencia médica en el Hospital Eugenio Espejo y las conversaciones telefónicas en el marco del acompañamiento que sostuvimos las dos por varios meses. Articulé el análisis de estas fuentes con el de los historiales clínicos y de internamiento penal de Analía, así como con los reportes del Observatorio Social del Ecuador y otras investigaciones que abordaban los procesos de desfinanciamiento del sistema público de salud. Para ello utilicé las categorías: Violencia médica, significados del cuerpo, la enfermedad y la diálisis, y proceso de politización.

Objetivo específico 3: Para analizar la dimensión política del proceso de formación y promoción en salud comunitaria dirigido a la red organizativa de Mujeres de Frente, tomé como punto de partida las notas del diario de campo en el que iba registrando la evolución del proceso, y la discusión de los significados en torno a la salud y la enfermedad que emergían en cada sesión. En ese momento, Typhaine León, compañera de la organización, desarrollaba su tesis de maestría que se concentraba en este mismo proceso formativo por lo que, en diálogo con ella, ambas fuimos nutriendo reflexiones colectivas y particulares.

Complementé las notas de campo con la realización de entrevistas a compañeras de la asamblea de gestión de Mujeres de Frente, y a Xavier Maldonado, médico facilitador de este proceso junto con la salubrista Emily Salamea y el seguimiento de notas de prensa sobre la reactivación económica en la ciudad de Quito, y el control policial de los espacios públicos. Todo este material lo combiné con los testimonios de Analía que continué recopilando conforme avanzaba el proceso de formación y promoción de la salud. Para ello utilicé las categorías: Acompañamiento en la desigualdad, significados de la salud y la enfermedad, estrategias sociales de inmunización.

Estructura capitular

El capítulo 1, titulado "Reflexión teórica: estado penal, biopolítica y la politización del cuerpo-territorio" pongo en diálogo la tradición reflexiva sobre la biopolítica y las estrategias de inmunización de las poblaciones con la noción de cuerpo-territorio desarrollada desde los feminismos comunitarios de Abya-Yala, ajustada al contexto urbano, donde la desposesión ha

dejado una marca tan profunda que se ha llegado a internalizar la sensación de no tener derecho un cuerpo-territorio político y autónomo (Navarro 2019).

El capítulo 2, lo titulo “ No es lo mismo ser enferma libre que enferma presa”: La política sobre la vida en contextos de excepción”. En este capítulo contextualizo el funcionamiento del dispositivo biopolítico que caracteriza la gestión estatal de la salud durante la emergencia sanitaria por el COVID-19 en el contexto carcelario. Propongo que, bajo la idea de protección de la “comunidad nacional” frente al contagio, se exacerbó la relación de control-abandono del estado con las poblaciones recluidas, que además de ser excluidas del discurso de protección nacional, fueron explotadas al límite de la vida en plena pandemia. Recorro al análisis de prensa, y de informes presentados por distintas organizaciones estatales y no estatales, que contraste con los relatos de Analía y las experiencias de encierro de otras mujeres con las que compartí un taller de auto representación corporal en la cárcel de Latacunga, en marzo del 2020.

Con respecto al capítulo 3, este lleva el título de “ La diálisis y la politización de la catástrofe”. A través del seguimiento etnográfico de la rutina de diálisis a la que se somete Analía, situada en el riñón como anclaje de la experiencia de enfermedad, propongo el argumento de que, desde la experiencia de padecimiento de una enfermedad catastrófica en estado terminal, es posible problematizar la continuidad de las prácticas de criminalización que atraviesan su historia de vida, tanto dentro como fuera de prisión. En la articulación de los espacios penitenciarios y de atención médica, visibilizamos que la gestión de la salud es un territorio más, en donde se disputa el gobierno sobre la vida de las poblaciones, enmarcado en un proceso acelerado de mercantilización de la salud pública. En este contexto, tradicionalmente entendido desde la subordinación, Analía resignifica el dolor y la enfermedad como núcleos de politización.

Por último, presento el capítulo final de resultados “ Acompañar la salud para resistir la enfermedad”. Aquí presento los resultados del análisis del proceso de formación y promoción de la salud comunitaria, desarrollado virtualmente por las integrantes de la red organizativa Mujeres de Frente, como estrategia de sobrevivencia frente a la emergencia sanitaria por COVID-19. A partir de un ejercicio de observación participante, articulado con los testimonios de compañeras de la organización, el acompañamiento de Analía en su

participación como estudiante de este proceso, y el análisis de la cartilla utilizada como guía curricular de las sesiones, propongo que desde el sostenimiento de un tejido comunitario situado en la desigualdad, se produce una politización del cuerpo-territorio en contexto de pandemia.

Capítulo 1

Reflexión teórica: estado penal, biopolítica y la politización del cuerpo-territorio

Este capítulo surge de la necesidad por construir una serie de herramientas teóricas para abordar las experiencias politizadas de enfermedad y confinamiento de una mujer cuyas trayectorias de vida circulan entre instituciones de control estatal. Las reflexiones aquí planteadas se inscriben en la apuesta latinoamericana que se pregunta sobre la producción de subjetividades políticas, la experiencia y el estado penal, interconectando el conocimiento académico con el que emerge del pensar-hacer colectivo de las militancias feminista y populares.

Tomo como punto de partida la amplia trayectoria de pensamiento que se ha desarrollado en América Latina alrededor de los procesos de criminalización de la pobreza (Paladines 2016; Pontón 2007; Aguirre 2019; Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Hernández 2015; Constant 2016; Almeda 2017) y los pongo a dialogar con la noción de estado penal- propuesta por Loic Wacquant (2010a, 2010b). Me pregunto por los significados que adquiere *el estado* en contextos como los que atraviesan esta investigación, partiendo de una pregunta estratégica por las experiencias diferenciadas de las personas que participaron en el desarrollo de este trabajo.

Parto de la tesis de que, al identificar al estado como una *pregunta*, como un *problema* abierto a la discusión, podemos acercarnos a la complejidad de relaciones de poder que unen los espacios de control penal y penitenciario, con aquellos de atención de salud y seguridad social. Podemos, además, identificar *cómo* operan los dispositivos de gobierno sobre la vida de las poblaciones, captando sus lenguajes, formas y efectos desde el territorio analítico de la cotidianidad, donde también se legitima la producción de vidas protegibles y vidas castigables por el estado (Esposito 2012, 2009; Foucault 2006).

¿Cómo se gobierna la vida en los marcos del estado penal?; y, al mismo tiempo; ¿Qué posibilidades de discutir el poder del estado emergen en el seno de este contexto de control y abandono selectivo? Sobre estas preguntas construyo una reflexión que articula la literatura científica con la propuesta política de Mujeres de Frente, espacio organizativo donde el debate

sobre el castigo, la salud, el trabajo y la autonomía han sido constantes desde hace más de quince años.

Sostengo que, en la narrativa de lo vivido, lo recordado, y lo sentido, se materializan las relaciones políticas que dan significado al estado penal, visto desde abajo y situado en el ámbito de la experiencia. Partiendo del *cuerpo enfermo*, como clave de ingreso analítico, muestro la expresión y efectos de la guerra que se libra contra quienes se nombran enemigos del orden público, históricamente excluidos de la posibilidad de reconocerse a sí mismos como ciudadanos, sujetos de cuidado y protección pública.

Es el cuerpo marginalizado que encarna los procesos históricos de la desposesión, el racismo y la desigualdad social, que da cuenta de la vida que se sostiene en contra y al margen de las complejas relaciones que se engranan en la categoría de *estado* (Gago 2019; Cabnal 2010). Me pregunto por la construcción de la experiencia que va produciendo este cuerpo, en medio de contextos mediados por el trauma, el sufrimiento y la vulnerabilidad. Me nutro de las propuestas de Scott (1990) y LaCapra (2006), para problematizar los desafíos que emergen del análisis de experiencias producidas en contextos de violencia, sobre todo cuando el proceso pone en juego subjetividades que encarnan las mismas estructuras de dominación que se intentan discutir.

En cuanto a la estructura del capítulo, inicio con una reflexión alrededor de la noción de estado penal desde las discusiones que propone la antropología y la sociología política. Continúo con el abordaje de los gobiernos sobre la vida, la salud y la enfermedad para concluir con la sección sobre la politización de las violencias desde el cuerpo-territorio.

1. La pregunta por el estado penal

Al analizar la gestión clínica de la enfermedad de Analía, su paso por la institución carcelaria y su vinculación con el espacio organizativo de Mujeres de Frente (MDF), me encontré con la dificultad de abordar el vínculo que ella iba construyendo con “el estado”, sobre todo, porque conforme avanzaba la investigación, estas relaciones cobraban formas de expresión distintas. No solo en su experiencia sino también, en la de todas las mujeres que confluíamos en el espacio organizativo de MDF, podía notar que esa categoría (“el estado”), a la que constantemente recurríamos para situar la desigualdad, la opresión y las violencias que se

ejercían contra nosotras se materializaba de manera desigual entre quienes conformábamos el colectivo. En la singularidad de esas historias podía entrever tanto los distanciamientos como los puntos de encuentro que daban sentido a estas reflexiones y, sobre todo, la matriz de poder que visibiliza justamente, los mecanismos políticos que operan en esta diferenciación.

Ciertamente, mucho conocimiento se ha producido, discutido y reformulado desde las ciencias sociales en torno a la noción de estado. Ya sea que se privilegie el análisis de sus funciones institucionales, sus efectos, y-o la manera en que se plasma en el espacio de lo cotidiano, lo cierto es que se trata de un problema de discusión que está lejos de superarse y que más bien, continúa abriendo nuevas preguntas, enfoques y líneas de análisis (Agudo y Estrada 2014). Aun y cuando delimitemos esta discusión al ámbito de la gestión penal, las preguntas en torno al estado continuarán apareciendo, sobre todo, si nos comprometemos con el desafío teórico y metodológico de no darlo por sentado, y adentrarnos justamente en las múltiples experiencias, prácticas y discursos que, entre lo histórico y lo cotidiano, y lo material y lo simbólico, van otorgándole significados.

a. El estado como un *problema*

Barragán señala que, desde la *antropología del estado*, “se plantean algunos caminos para dejar de considerar al estado como un conjunto de instituciones predeterminadas, con funciones específicas, observando que se produce en prácticas cotidianas, en encuentros, en representaciones y performances culturales” (Barragán y Wanderley 2009, 22). Sin embargo:

A pesar de la des-reificación del Estado, a pesar de dejar de considerarlo como un aparato todopoderoso, a pesar de la visión sobre la hegemonía en constante reacomodo, a pesar de considerarlo en su cotidianidad; frecuentemente, permanece explícita o implícita la visión de dos entidades separadas: el Estado versus la sociedad. Esto es, el poder que se impone versus la sociedad que se resiste, la dominación versus los dominados y, en general, el enorme poder del Estado (Barragán y Wanderley 2009, 22).

Enfrentar esta dicotomía no implica dejar de lado los efectos de esta separación, sino, por el contrario, abordarlos como parte de la propia producción de estado y dar cuenta de los cómo y los por qué de esta aparente distancia (Abrams, 1977). En ese sentido, Timothy Mitchell señala que “debemos entender al estado no como una estructura, sino como los efectos

poderosos y metafísicos de ciertas prácticas que hacen que esa estructura aparente existir”, y atender a lo que estos efectos develan y ocultan en aras de escrudñar lo que se va produciendo como *estado* (Mitchell 2015).

Por esta razón, partir de lo concreto de las experiencias, los discursos y las prácticas cotidianas que despliegan los sujetos en relación con *eso* que ellos mismos van definiendo como estado, no solo se discute *la idea de estado* como una especie de objeto homogéneo, ajeno y omnipresente, sino que también, se traslucen formas de convivir-resistir y discutir la dimensión estatal que de otra forma no sería posible observar. En otras palabras, si la construcción liberal del estado, como un aparato de dominación indiscutible, externo a la sociedad, se ha sostenido de su permanente homogenización, abordarlo como un problema de investigación, supone sacarlo del anonimato; ponerle cuerpo e historia según contextos parciales y localizados.

Desde Mujeres de Frente, estas preguntas han sido centrales en el desarrollo de procesos de investigación-acción feminista y antipunitivista. Como punto de partida, la referencia a lo estatal cobra sentido como elemento de análisis fundamental para comprender la historia de desposesión y violencia que se inscribe en el cuerpo de los sectores urbano-populares, como marca de la política penal y social del estado. Este marcaje se mueve entre la historia misma de la formación del estado, la gestión presente del control social y la ilusión del bienestar con la que se distribuyen bonos de vivienda, kits de alimentos y servicios médicos.

¿Quiénes son estas personas?, es una pregunta importante porque le da nombre a un fenómeno que intencionalmente homogeniza las poblaciones castigadas bajo las etiquetas de “criminal” y delincuente”. En Goetschel (2019) y Aguirre (2016) se encuentra, en perspectiva histórica, cómo la gestión del crimen y la seguridad se ha utilizado como insumo para la producción excluyente de ciudadanías protegibles y desechables. En sus trabajos, reconocen el engranaje patriarcal que se refleja en la administración del delito en Ecuador que, como lo sostiene Goetschel (2019) informa de la complejidad del proceso de construcción del estado-nación. Así, lo que hoy investigamos a la luz del neoliberalismo penal, afirman las autoras, es la evolución de una práctica política de control punitivo de larga data que atraviesa la historia de las sociedades latinoamericanas.

Otras autoras han asumido la tarea de indagar en este fenómeno para países como México (Azaola Garrido y Yacamán José 1996; Azaola Garrido 2013; Hernández y Fregoso 2017), Perú (Boutron y Constant 2020) Chile y Venezuela (Antony 1998, 2000). Como rasgo común, emerge el análisis del legado racista y colonial que atraviesa la construcción social del delito en América Latina, que opera en relación con un dispositivo moral que castiga a las mujeres infractoras con particular dureza. De ahí que, a la luz de estos hallazgos, resulta claro que las cárceles en la región no solo tienen color- como indica Rita Segato (2007), sino que también están producidas como espacios atravesados por las desigualdades de género y clase (Segato 2007; Goetschel 2019).

Estos trabajos tienen la particularidad de que, desde las distintas perspectivas que utilizan para comprender los mecanismos históricos de control social en la región, abordan también el problema y la pregunta por la producción del estado. Sea que se pregunten por la construcción de ciudadanía, o por los mecanismos de poder que operan en la reproducción de las desigualdades sociales, todos discuten la tradición analítica que piensa el estado como institución abstracta y separada de la sociedad. Mirando *desde abajo*, elaboran una reflexión en torno a la construcción estatal del castigo como herramienta básica para perpetuar la jerarquización social, y las violencias que se ejercen sobre quienes ocupan las bases de esta estructura organizativa. Desde esta dimensión, es posible, como lo señalan las autoras mencionadas, escrudñar la plasticidad que adquiere la figura del *estado penal* en nuestros contextos latinoamericanos.

b. La obsesión penal del estado y la gestión de la pobreza

Desde México, Centroamérica y la región andina, se han producido importantes trabajos que dan cuenta del vínculo entre la penetración del orden económico neoliberal y la construcción social de un escenario de guerra contra los tejidos populares urbanos que sobreviven los efectos históricos del modelo de acumulación por despojo (Hernández 2015; Segato 2007; Fleetwood 2010; Torres 2008; Pontón 2007; Aguirre 2016; Coba 2010; Ribadeneira 2018; Aguirre, León, y Ribadeneira 2020). Todos estos estudios proponen la necesidad de analizar la profundización del discurso de la seguridad ciudadana, a la luz de su impacto sobre los cuerpos de las mujeres, sus redes familiares, barriales y comunitarias.

Tal y como lo señala Wacquant (2010b), con la crisis de los modelos de bienestar y el giro neoliberal en las dinámicas globales de acumulación, se reproducen mecanismos estilizados de control social basados en la segregación racial y la criminalización de la pobreza. Se fortalece el aparato represor del estado, anclado en el problema de la (in)seguridad como un asunto central de la administración pública y a la reproducción del sistema de explotación capitalista que impacta de manera diferenciada a los barrios marginalizados por la atención pública y la protección social.

Los trabajos de Aguirre (2010, 2016), Coba (2010), Pontón (2007) y Torres (2008), dan cuenta de estos efectos en el Ecuador, particularmente en la narrativa penal que se expandió en el país en las décadas de 1970 y 1980 como resultado del llamado internacional hacia una guerra contra las drogas.⁸ El impacto de esta configuración del poder se materializó en el cuerpo de aquellas mujeres- afro, indígenas y mestizas, que habían encontrado en el tráfico ilegal de pequeñas cantidades de droga, una opción para el sostenimiento de sus familias en medio de condiciones de escasez y callejización.

No es casualidad que, en Ecuador, según el registro oficial del SNAI para junio del 2020, cinco de cada diez mujeres privadas de libertad, lo están por delitos de tráfico de drogas ilegales. Tal y como lo sostienen Torres (2008) y Almeida (2017), en América Latina, la mayoría de la población condenada por el tráfico de pequeñas cantidades de drogas, son mujeres jóvenes, muchas de ellas madres solteras y jefas de hogar que irrumpen en el terreno de la ilegalidad ante la falta de acceso a trabajos en condiciones dignas.

Sobre ellas cae un múltiple castigo que encierra la ruptura de un orden moral de género que sostiene la producción de ciudadanía; aquellas que entran en la categoría de "buenas ciudadanas", y aquellas que deben ser reprendidas por romper el mandato social histórico de la sumisión. Tal y como lo establecen Aguirre (2010; 2017; 2016), Coba (2015; 2010, 2006), Leon (2020) y Ribadeneira (2018), el castigo penal de las mujeres vinculadas al tráfico ilícito de drogas es necesariamente, un castigo que en el cuerpo de las mujeres deja inscrita la

⁸ El trabajo de (2005) aborda también esta temática no solo en población de mujeres sino en términos del aumento de la población penitenciaria en el Ecuador producto de estas medidas. Tal y como lo demuestran los estudios de Almeida (2017) y Darke y Karam(2017), son ellas las que, en la cadena de producción y distribución de la droga, ocupan los últimos eslabones, están más expuestas a ser capturadas y obtienen las mínimas ganancias del negocio.

penalización a redes familiares extensas y tejidos comunitarios que se sostienen en medio del desarraigo.

En esta dirección, la producción de conocimiento en torno a los efectos de la Revolución Ciudadana en el Ecuador sobre el régimen penitenciario, da cuenta de que el neoliberalismo penal se instala aún en gobiernos autodenominados como progresistas y representantes del “Socialismo del Siglo XXI.”⁹ Aquí cobran especial importancia los trabajos de investigación-acción desarrollados desde Mujeres de Frente (Aguirre 2010, 2019; Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Cota 2004; Aguirre y Cota 2017; Cota 2006, 2008; Ribadeneira 2018), así como también los que se realizaron en formato de informes institucionales (Paladines 2016; Andrade 1990), e investigaciones elaboradas a título personal (Nuñez 2005).

Lo que estas trayectorias de investigación evidencian es que, al momento de analizar “lo penitenciario” y “lo penal,” debemos colocar nuestra mirada analítica no solo en el espacio concreto de la prisión, sino también ser capaces de captar los tránsitos, las rupturas y las continuidades del castigo como parte de un dispositivo de control social que trasciende los muros de la cárcel. Este desafío, nos permite discutir las tramas de dominación que se reproducen en los discursos dominantes sobre el castigo y, también, identificar cómo estos van acoplándose coyunturalmente según las condiciones políticas, sociales y económicas.

Retomo esta producción bibliográfica al momento de resituar el estudio de las prisiones en Ecuador desde el contexto de la pandemia, y la luz de la experiencia de vida de Analía, desde donde se reflejan y se discuten los estudios ya mencionados. Para efectos de este trabajo, tuve que complementar la revisión de literatura sobre el estado penal y sus implicaciones en el contexto latinoamericano, con los trabajos producidos en torno a la dimensión de la salud, la enfermedad y el confinamiento. Esta tarea no fue fácil, pues la mayoría de las investigaciones encontradas para el caso ecuatoriano carecen de un enfoque que interseque estos tres ámbitos y, si bien sugieren la pertinencia de abordar estas intersecciones, se concentran en analizar por aparte cada dimensión.

⁹ Esto lo analizo a profundidad en el capítulo 2.

Así, sobresalen los trabajos que visibilizan el deterioro del sistema de atención público de salud en el país, de los cuales aquellos que abordan el contexto de la Revolución Ciudadana resultaron particularmente útiles como antecedentes de lo que se materializó en el país durante la pandemia (Arteaga, Cuvi, y Maldonado 2017; Dávalos 2016). Desde el análisis a escala nacional, estos estudios aportan a la comprensión de las relaciones público-privadas y su rol en el proceso de fragilización del sentido público, del sistema nacional de salud. El impacto de esta transición en el contexto penitenciario casi no ha sido trabajado excepto por un par de estudios que se enfocan en la perspectiva de derechos humanos de la población privada de libertad (Cornejo 2008; Molima- Coloma 2019).

Amalgamar estos ejes temáticos en el proceso de reflexión implicó un ejercicio de búsqueda por encontrar las claves de ingreso adecuadas al estudio de la producción social del confinamiento y la enfermedad en el contexto de la emergencia sanitaria decretada por el COVID-19. La revisión de estas investigaciones, en su complejidad y diversidad teórica y metodológica, me permitió identificar que los efectos de la criminalización y la violencia de estado no se concentran en una sola dimensión del castigo, ni mucho menos, en un solo espacio de control social. Es en la intersección de espacios de control y vigilancia social, en las trayectorias y las experiencias de criminalización que se encarnan en las historias de vida de aquellos con quienes trabajamos, que subyace un terreno fértil para la discusión feminista y antipunitivista sobre la justicia de estado.

2. La gestión estatal de la vida, la salud y la enfermedad

Para comprender cómo se expresa la estatalidad penal más allá del contexto disciplinar de la prisión, propongo iniciar con una breve reflexión en torno a las transformaciones genealógicas del *poder*, y su vínculo con los procesos históricos de formación de los estados modernos. Para ello, es fundamental revisar la propuesta foucaultiana (Foucault 2003, 2007) que interpreta el poder como una red de relaciones que se ejercen de manera flexible, multidireccional y dinámica. Para el autor, su ejercicio del poder excede el espacio de lo estatal y se despliega en diversas escalas de manera simultánea, a través de discursos y prácticas regulatorias de los cuerpos y de la vida (Foucault, 2003). Se trata de un compendio de relaciones de fuerza que atraviesan la producción misma de los sujetos. Esta noción, nos permite comprender que (1) el poder opera en red y no puede ser fijado como una fuerza localizable y estática y (2) que tiene una capacidad productora que regula y norma individuos,

entendiendo que estos devienen sujetos en conexión con una dimensión histórica, social-relacional.

Durante años, Foucault se dedicó a estudiar este fenómeno, preguntándose cómo era que esta compleja trama de relaciones se articulaba con las formas de estado moderno, y el orden político liberal. ¿Qué había cambiado con la llegada del liberalismo político?— La reflexión en torno a esta pregunta le llevaron a escrudñar las transformaciones del poder y el nacimiento de un paradigma opuesto al del *poder soberano*, que regía la organización política, económica y territorial anterior. La oposición se traduce en el cambio “del viejo derecho del hacer morir, al ejercicio del poder del hacer vivir” (Foucault 1978, en Castro- Gómez 2010, 56).

Recordemos que el momento de quiebre identificado por Foucault, se caracteriza, no solo por ser la fase de histórica de los procesos de formación de los estados modernos, sino también del capitalismo como núcleo de organización social y económica. Así, cobra sentido el hecho de que la “obsesión” del soberano (que ahora se expresa en la compleja trama de relaciones que dan vida al estado), deje de ser la muerte y la sustracción de la vida y más bien, devenga en la administración multiescalar de aquella en términos de productividad y regulación.

¿Cómo se engrana la administración de la vida con la dimensión estatal del castigo?; ¿Qué significados adquiere el control del estado en clave biopolítica?; son algunas preguntas generadoras para orientar la discusión. Retomo algunos argumentos expuestos en el acápite anterior y los presento a la luz de la propuesta foucaultiana sobre el estado y el poder, en los que se indaga en los mecanismos que operan para sostener una falsa separación entre economía y política y-o estado y sociedad.

a. Dispositivos de seguridad, ciudadanía e inmunización

La gestión vital de las poblaciones es entendida por Foucault, como parte de un dispositivo cuya racionalidad se asienta en la idea de *seguridad*. El autor señala que:

(...) un dispositivo es un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas (...) que resuenan, en su heterogeneidad, como partes funcionales de una racionalidad particular (Foucault 1991 en Castro-Gómez 2010, 128).

Abordar el fenómeno del crimen a la luz de los dispositivos biopolíticos de seguridad, implica trascender la lógica disciplinar y evidenciar cómo, a través de una serie de elementos diversos que constituyen el *dispositivo*, se reproducen riesgos, cálculos y estadísticas. En otras palabras, la racionalidad biopolítica difumina el monopolio del poder disciplinar en las instituciones de castigo, y lo reproduce en la articulación de escalas individuales, grupales y colectivas; al punto de que deja de ser visible el origen de ese poder, y se comienza a reproducir también en la conducta del cuerpo social.¹⁰

Leyes, reglamentos, prácticas y símbolos, son todos parte de este engranaje de sentido, mediado ahora por la gestión del riesgo y el anhelo permanente de seguridad. Autores como Giorgio Agamben (2005, 1995) y Robert Espósito (2009, 2010) retoman estas reflexiones para cuestionar cómo estos dispositivos van produciendo una dinámica selectiva de control y abandono estatal de las poblaciones, pero sobre todo, cómo a partir de estas dinámicas, se van legitimando formas de violencia que terminan por traducirse en el despojo del fuero político de ciertas vidas y su relegación a una condición *desnuda*- carente de derechos (Agamben 1995).¹¹

Es ahí donde las categorías de *comunidad nacional* y *ciudadanía* juegan un rol fundamental. Tal y como lo señala Espósito (2010), bajo este principio, se reproducen instituciones, prácticas, y valores que reflejan la producción de alteridad como mecanismo aglutinador del estado-nación. La noción de *ciudadanía* se vuelve grilla de inteligibilidad de este proceso. Es a través de esta categoría que se materializa la construcción simbólica de comunidad nacional. Su administración está mediada por la construcción permanente de la idea de *seguridad*, que ha dejado de ser dirigida exclusivamente hacia la defensa externa del estado, para encontrar un nuevo sentido en la gestión de la ciudadanía. Bajo este principio, se reproduce este dispositivo dado por la administración selectiva de grupos declarados como amenaza interna en términos de riesgo y probabilidad.

¹⁰ Para Foucault, el concepto clave para comprender la cuestión de los dispositivos de seguridad, es el de gubernamentalidad, que refiere a la conducción estatal de la conducta del cuerpo social. Lo hace a través de una combinación de escalas que trasciende la esfera de lo individual y se expande también por la colectiva. En esta lógica es que se manifiesta la administración política del biopoder, como parte de un dispositivo de seguridad (Castro-Gómez, 2010).

¹¹ Si bien no utilizo la propuesta agambeniana del homo sácer, esta categoría podría explorarse en futuras investigaciones para comprender el funcionamiento de los mecanismos selectivos de abandono estatal, tan presentes en la noción de estado penal que elaboro en este trabajo.

La producción de condiciones para que estos grupos sean legítimamente desprotegidos, aún y cuando gocen de un entramado jurídico que les protege como sujetos de derecho, es lo que Espósito (2009) elabora a través del concepto de *inmunización*. Su desciudadanización justifica su consecuente deshumanización y así, la continuidad de un castigo que ha pasado de ser entendido como mero capricho del soberano (refiriéndose al antiguo paradigma del poder disciplinar) a justificarse socialmente como una exención de responsabilidad frente a la amenaza. Recurriendo a la semántica médica y jurídica, el autor plantea que:

(...) si la comunidad determina las fracturas de las barreras protección de la identidad individual, la inmunidad constituye el intento de reconstruirla en una forma defensiva y ofensiva contra todo elemento externo capaz de amenazarla. Esto puede valer para los individuos singulares, pero también para las mismas comunidades, tomadas en este caso en su dimensión particular, inmunizadas respecto a todo elemento extraño que pareciera amenazarlas desde el exterior. De ahí el doble nudo implícito en la dinámica inmunitaria –ya típico de la modernidad y hoy cada vez más extendido en todos los ámbitos de la experiencia individual y colectiva, real e imaginaria (Espósito 2012, 104).

Este mecanismo de selección está mediado por las violencias, que transitan entre expresiones más o menos visibles. Si nos preguntamos, contra quiénes se inmuniza la comunidad nacional en los contextos contemporáneos, encontraremos en Wacquant (2010a) y la larga trayectoria de estudios latinoamericanos sobre el neoliberalismo penal, una reflexión importante, que retrata, cómo los sectores urbano-populares son reconfigurados en clave de peligrosidad. Lo “popular” se vuelve sinónimo de excedente, y desde ahí, se asienta la idea de su prescindibilidad.

b. La política del cuerpo

Para efectos de esta investigación, vale la pena indagar cómo la dinámica de estas *vidas administradas* (Reyes 2016) se encarna no solo en el control penitenciario y del espacio público, sino también en el territorio médico, donde confluye la dimensión individual del control disciplinar y la gestión biopolítica de las poblaciones. Al preguntarnos por la vida, la salud y la enfermedad, estamos dirigiendo la atención hacia la escala analítica de lo corporal, ese lugar, entidad y condición en la cual el poder se hace efectivo, en el individuo y a través de él, en la sociedad (Cardona y Pedraza 2015).

Bajo este criterio se legitiman múltiples violencias que toman el *cuerpo* como blanco predilecto de la actividad de los saberes y las ciencias. Para comprender el campo de poder privilegiado que se articula en la arena de lo corporal, recupero una cita de Coda(2016):

El cuerpo es materialidad, simbolismo, gozo y sufrimiento. Entender la vida con el cuerpo es hacer carne a la forma en que vivimos, incorporar el mundo, recrear constantemente el sentido de la existencia. Por ello, es necesario comprender que los medios de vida, aquello que llamamos ‘naturaleza’ y sus significados son posibles solo en su relación histórica con el cuerpo, producto de la inteligencia y la sensibilidad humanas. Característica, fundamental, de la expansión del capitalismo es la producción de espacios de despojo desde los cuales emerge el padecimiento de cuerpos sexuados y racializados (Coda 2016, 67).

Si bien destino una sección completa de este capítulo a la reflexión sobre el cuerpo, el poder y el territorio (siguiente acápite), no es posible desengranar la concepción de los dispositivos biopolíticos y disciplinares que operan en la atención de la enfermedad, sin antes exponer que cómo el cuerpo se configura como un territorio base de disputa por el poder político. Es ahí, en esta *materialidad y simbolismo* a las que alude Coda, que se van articulando las expresiones históricas de dominación y resistencia, o, como bien lo señalan los principales teóricos de la biopolítica, donde se va gestando la subjetividad que busca y-o resiste a ser gobernada (Foucault 2006; Castro-Gómez 2010; Esposito 2009).

El *cuerpo*, que ha sido objeto de investigación por décadas, se traduce en un texto en el que se inscriben prácticas sociales e institucionales, “cartografía corporal, atravesada por lo instituido, donde las ideologías escriben su historia y encuentran su límite” (Arias 2013). Pero recordemos que, si bien el poder disciplinar, cuyo blanco perfecto se sitúa en el cuerpo individual, no ha dejado de ejercerse, la biopolítica nos habla de un cuerpo que trasciende esta esfera de singularidad y se expande en lo social como sujeto colectivo.

Tal y como lo señalan Cardona y Pedraza:

Estos dispositivos, originalmente situados por Michel Foucault en el siglo XVIII, se prolongan hasta la actualidad, y en la medida en que la propia definición de la vida ha desbordado el alcance semántico que le confieren las ciencias biológicas y médicas en su decir técnico, el ejercicio biopolítico, sobre todo bajo la dimensión de la gubernamentalidad, actúa hasta el

presente mediante saberes habilitados para regular y proveer bienestar a la sociedad (...) En América Latina ha habido un especial interés en vincular la comprensión del cuerpo al ejercicio del poder sobre la vida (...) En otros aspectos, encontramos que tanto experiencias como representaciones aparecen asociadas a los procesos mediante los cuales los estados nacionales forjaron vínculos con las poblaciones (Cardona y Pedraza 2015, 4).

Señalan estos autores que a través de la reproducción de saberes científicos, se propulsa un ejercicio de gobierno, materializado en la preocupación central sobre la dietética, la salud, la intervención médica, la enfermedad y la anormalidad "siempre conservadas en la salmuera de la diferencia y la urgencia de actualizar el fundamento legítimo para la jerarquía, la subordinación, el dominio, la sujeción y el control"(Cardona y Pedraza 2015, 19).

Al adentrarnos en la esfera de atención médica, percibimos con mayor claridad lo que ya venía diciéndonos Foucault en sus primeras reflexiones sobre la biopolítica y el poder disciplinar (Foucault 2006; Castro-Gómez 2010). No se trata de que un paradigma suspenda al otro, o, en otras palabras, que el gobierno sobre la población irrumpa por encima de las prácticas disciplinares que tienen por objeto el cuerpo individual. Por el contrario, al hablar de *engranaje*, estamos atendiendo a la interrelación entre escalas, que, a la luz de las instituciones sanitarias, van adquiriendo sentido en preguntas como; ¿Por qué los y las pacientes reproducen la misma jerarquía que les coloca en relación de subordinación frente al médico?; ¿Cómo se relacionan los procesos históricos, políticos y económicos más amplios con las formas cotidianas de interacción del poder en el consultorio?; y ¿Cómo se enlaza este ejercicio de dominación sobre la dimensión individual y colectiva y del cuerpo?

Desde la antropología médica, Michael Taussig ha elaborado una compleja reflexión teórica en torno al fundamento de estos mecanismos de sujeción, instalados en los espacios de atención de la salud. Se concentra en el terreno analítico de lo cotidiano, para mostrar cómo estas prácticas, saberes y significados van cobrando vida en la interacción entre médicos y pacientes. A través del análisis de la experiencia de padecimiento de una mujer enferma de poliomielitis (Taussig 1980), el autor evidencia la relación entre los procesos de mercantilización y cosificación de la vida, con la reproducción de un poder-saber especialista reproductor de violencia. El campo médico, como lo sostiene Taussig (1980), se constituye un terreno desde donde se sostiene esta continuidad del control legitimado en el marco de un lenguaje que prioriza la interpretación técnica, de la experiencia del paciente.

En esa dirección, resulta de particular interés explorar los significados en torno al *síntoma*, como elemento de control que no solo expresa el funcionamiento fisiológico del cuerpo, sino que también refleja los efectos de un sistema de acumulación que transforma las experiencias humanas en objetos sobre los cuales se juegan las relaciones económicas. Lo que el espacio médico define como enfermedad, Taussig lo explora como una clave de comprensión de procesos sociales más amplios que atraviesan la expresión física del padecimiento. Al hacerlo, interpela no solo este modelo de comprensión biofísico, sino que también devela parte del funcionamiento del proceso de mercantilización de la salud.

Retoma el concepto de *cosificación*, planteado inicialmente por Lukács, para proponer esta reflexión, que ingresa por la descripción de escenarios de interacción médico-paciente, y el análisis de expedientes clínicos para plantear que, desde la posición de poder que ocupan las personas especialistas, se produce un conocimiento que se muestra incuestionable, y que separa el cuerpo físico, de las condiciones sociales, políticas e históricas dentro de las cuales se produce la experiencia (Taussig 1980).

El discurso médico, a través de su pretendida objetividad, incentiva la producción de la enfermedad y la salud en términos exclusivamente fisiológicos autónomos de las condiciones sobre las cuales se sostiene la vida (Scheper-Hughes 1987). Esta separación anula la posibilidad de reconocimiento y agencia del sujeto padeciente con respecto a su condición, pues, le incentiva a creer que su enfermedad se produce de manera aislada y en el peor de los casos, que esta producción del padecimiento es una responsabilidad individual del paciente.

Su especialización deviene de su lugar como parte de un dispositivo complejo que, si bien se expresa en experiencias tan concretas como la que explora Taussig, debe comprenderse en su carácter relacional, que vincula lo que sucede "dentro del consultorio" con las condiciones contextuales que enmarcan ese momento. En términos analíticos, estas relaciones dan cuenta del engranaje de prácticas políticas e institucionales que día con día van produciendo el sentido del poder biomédico sobre la vida de los y las pacientes; un poder que se muestra en un lenguaje exclusivamente fisiológico pero que, al detenernos sobre él, nos percatamos que también está atravesado por un orden moral que media la gestión estatal del cuerpo social (Foucault 2007, 2006; Esposito 2012)

3. Experiencia y el cuerpo-territorio

A lo largo de la investigación, busco indagar en estas relaciones que, como lo muestro en los capítulos siguientes, se inscriben en la *experiencia corporal* de Analía. Al afirmar que tomo el *cuerpo enfermo* como clave de ingreso a este análisis, sitúo el foco de atención en la manera en que el poder se encarna en los procesos de subjetivación. Retomo las categorías de experiencia y cuerpo-territorio para profundizar en este argumento, y transparentar los límites, tensiones y desafíos que representa el estudio desde la dimensión experiencial. En un intento de engranar la parte analítica con la metodológica, propongo que en estas categorías se asientan las bases para pensar el proceso de politización de la enfermedad y confinamiento, a través del caso de Analía.

Hasta ahora, me he centrado en caracterizar el funcionamiento de los dispositivos biopolíticos a la luz del fortalecimiento del aparato punitivo de los estados latinoamericanos y de las estrategias de gestión de la vida que develan el legado histórico patriarcal y racista del funcionamiento de nuestras sociedades. Este control, como ya mencioné, se inscribe en el cuerpo, se encarna, se internaliza y se disputa como condición simbólica y material de la existencia. La *experiencia* del cuerpo es el camino que sigo para identificar tanto el funcionamiento de estos dispositivos, como las posibilidades de agencia para, colectivamente, politizarlo. Es en esa arena movediza que se ancla en el relato, el sentir y la memoria que brota, a veces de manera más clara que en otras, la expresión del poder punitivo del estado y su correspondiente resistencia.

a. Experiencia

Dominik LaCapra (2006) hace un llamado a detenernos frente a la noción de *experiencia*, y analizar el uso que desde distintas disciplinas se le ha dado a este término. De acuerdo con el autor, "este concepto puede convertirse en una especie de caja negra, un concepto utilizado con ligereza que omitimos discutir porque asumimos que no hay nadie que no haya tenido una *experiencia*" (LaCapra 2006, 229). Así, hemos llegado a utilizarla para explicar fenómenos complejos a través de ella, sin que antes podamos si quiera discutirla ontológicamente, presentando también los límites analíticos y metodológicos que su abordaje requiere.

Para LaCapra, uno de los principales desafíos del abordaje experiencial tiene que ver con el reconocimiento de su producción en clave de *proceso*, y su carácter *relacional*. Es decir, que

debemos partir del hecho de que toda experiencia se produce conforme a lo vivido, lo narrado y lo vuelto a narrar, y que en esa producción se interrelaciona con los sujetos median este proceso (LaCapra 2006, 2001). Resaltar esta característica supone aceptar que incluso cuando nos abocamos al trabajo sobre la memoria, estamos acercándonos a un terreno inacabado, de donde emergen distintas formas de relatar eso que buscamos analizar.

Para ilustrar mejor este argumento, tomo como referencia una cita del trabajo de Joan Scott (1990), retomada en la discusión propuesta por LaCapra: "La experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación. Lo que cuenta como experiencia no es ni evidente ni claro y directo: está siempre en disputa, y por lo tanto siempre es político" (Scott en LaCapra 2006). Esto, induce necesariamente a la pregunta por cómo nos acercamos a conocer la experiencia: si sus rasgos indisolubles son la consciencia, la capacidad de acción y un carácter epistemocéntrico –en tanto que se orienta a la producción de conocimiento (LaCapra 2006, 87); ¿Cómo media el carácter interpretativo de la persona analista esta producción de experiencia?; ¿Cómo lidiar con la amenaza de reificación o idealizamos al momento de analizarlas?

Desde el psicoanálisis, la historia y la antropología médica, se han elaborado distintas reflexiones en esta dirección, atendiendo al carácter central que ocupa el lenguaje y la narración cuando abordamos el terreno de la experiencia (Kleinman 1988; Scott 1990; LaCapra 2006). En tanto nos aboquemos a delimitar el acceso a través del proceso de producción del relato, tenemos que estar conscientes que hay una zona opaca de la experiencia que no será nombrada y a la cual, a través de la palabra narrada no será posible acceder (Scott 1990). En ese sentido, reconstruir las relaciones que median lo que efectivamente es narrado, puede ser una salida útil al momento de comprender de manera más precisa, la complejidad de la experiencia. Reconocer la multiplicidad de lenguajes desde donde se puede reconstruir, y abrirse a la posibilidad de constante movilización de la narración experiencial, son claves al momento de abordar este campo.

Si nos interesa visibilizar su carácter político, valdría la pena preguntarse si, tan importante es captar la experiencia como si fuera una especie de esencia en sí misma, como reconstruir la red de relaciones sociales que la producen. En esta dirección, Aranguren (2010) retoma a Pollak para señalar que "se vuelve significativo el considerar cómo los relatos se anclan de

manera importante en las condiciones sociales que lo vuelven comunicable y que tales condiciones cambian con el tiempo y con el lugar en donde se originan”(Aranguren 2010, 4).

Esto también lo indica Scott (1990) cuando elabora su reflexión en torno a la *experiencia* como terreno político. Propone la autora que, desde la dimensión de la subjetividad, “las personas permanentemente se construyen a sí mismas en función de los contextos que habitan y les son habitados”. En esta dirección, se abren posibilidades de agencia política, aun en contextos de sujeción.

De acuerdo con Meyers (2019), históricamente la creación de “víctimas” se ha anclado a una imagen de inocencia y pasividad que conlleva la reproducción de estereotipos de género vistos a la luz de la feminización de esta condición. Profundizar en las experiencias de aquellas que son producidas como *mártires*, al mismo tiempo que como trasgresoras de un orden político-moral, permiten recabar las capacidades de agencia y autonomía relacional que pueden construirse en contextos de pasaje entre el control total del estado y el abandono de los cuerpos.

Como lo mencioné anteriormente, mi interés principal en torno a las experiencias politizadas de Analía era el de ingresar desde ahí a una reflexión más amplia sobre el estado penal, y su materialización tanto en instituciones médicas como penitenciarias. En ese sentido, intercalar el relato que emergía de nuestras conversaciones, con el que se producía en los dibujos que ella construía, y las reflexiones en torno a sus expedientes clínicos y penales, fueron los caminos que tomé para plantear los límites de esto que entendería por *experiencia*. Para ello, recurrí a las discusiones sobre el cuerpo-territorio, no solo en su dimensión teórica sino también, como método para enriquecer las vías de reconstrucción de las experiencias politizadas.

b. Politizar las violencias desde el cuerpo-territorio

Al pensar el cuerpo y territorio juntos, afirman Zaragocín y Caretta (2020) se abre un repertorio de posibilidades para estudiar la personificación del mundo social, que da cuenta de la importancia de la dimensión subjetiva, sensorial y sensible del territorio encarnado. Es difícil pensar la noción del territorio sin asociarlo a la producción de raíces y el anclaje sobre un espacio físico. Con la modernidad, se ha instaurado el vínculo entre el arraigo al territorio

y la producción de subjetividad como creadores de identidad y sentidos de pertenencia. ¿Qué sucede entonces cuando se ha sido despojado del arraigo, de la autonomía y de la tierra?

Tradicionalmente, esta línea de investigación ha servido para politizar procesos de defensa comunitaria de los territorios que pretenden ser expropiados por proyectos extractivistas y en general, por la lógica sistémica del proyecto económico de acumulación por desposesión (Cabnal 2010; Marchese 2019; Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo 2017; Zaragocín 2019; Navarro 2019). Es decir, que la relación intrínseca entre cuerpo y espacio se traduce en una calidad de *arraigo* desde donde se posibilita la acción política de defensa de la tierra-cuerpo-territorio.

Al pensar la relación entre el cuerpo-el territorio y el desarraigo a la luz de este método, sostengo que es posible abordar procesos de desposesión a partir de él, tomando en cuenta que el cuerpo es un territorio base de conquista, espacio histórico abierto a los vínculos y a la memoria, que se encarna no solo espacio, sino la pérdida de autonomía sobre él. El cuerpo-territorio nos permite comprender entonces, cómo se encarna la desposesión de los medios de vida, y la experiencia del padecimiento como un reflejo de ello. Nos permite comprender la complejidad de las experiencias en relación con las violencias, sobre todo porque devela su carácter de encadenamiento (Bourdieu 1999a, 1999b) y expresividad en múltiples espacios simultáneos.

Tal y como lo elabora Lorena Cabnal (2010), es fundamental discutir la escisión entre el cuerpo y el territorio como elementos separados que producen y son producidos por las relaciones sociales. Esa separación, aduce Cabnal (2010), llega a ocultar el carácter situado, colectivo e históricamente construido del cuerpo como lugar de producción de significado. Así como el territorio, el *cuerpo* se consigna como un lugar de enunciación, resignificación y conflicto atravesado por relaciones sociales de poder (Ares y Risler 2013; Cabnal 2010; Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo 2017; Cruz 2018; Espinosa Miñoso 2012).

La conjunción de cuerpo-territorio, como lo explica Verónica Gago (2019) pretende develar la relación entre los procesos de domesticación y colonización que comparte la historia de explotación de los territorios y la subordinación de la mano de obra, haciendo especial énfasis

en su impacto contra las mujeres y cuerpos feminizados. La idea fuerza *cuerpo-territorio* da la posibilidad de comprender la manera en cómo se actualizan y se reformulan las lógicas extractivas de recursos, al mismo tiempo que devela las trayectorias de resistencia que desde las comunidades se han reproducido- lideradas principalmente por mujeres (Gago 2019, 90).

La riqueza del concepto subyace en la recuperación que realiza de la idea de que la explotación de los territorios comunes implica violentar el cuerpo de cada uno y el cuerpo colectivo por medio del despojo. Como lo dije anteriormente, esta idea rompe con la noción liberal e individualizada del cuerpo para presentarlo como una "continuidad política, productiva y epistémica del cuerpo en tanto territorio" (Gago 2019, 91). No hay nadie que carezca de cuerpo ni de territorio, afirma Verónica Gago (2019); el punto de partida no es la carencia sino más bien la desposesión- individual y colectiva.

Desposeer-quitar- expropiar-arrancar, todos son ejercicios de poder que conllevan el uso de la violencia para sostenerse. Violencias que, tal y como lo atiende Navarro (2019), se vuelven vehículo necesario del neoliberalismo para intervenir, por la fuerza, los tejidos vitales que históricamente se sostienen en común.

Los contextos urbanos dan cuenta de la reproducción y los efectos del rompimiento histórico del tejido social, en relación con los territorios y lo común. La desposesión de la que dan cuenta las luchas por la tierra, el agua, y la naturaleza también se expresa en la ciudad, donde la violencia se instaura tanto como lógica de reproducción del régimen económico como también, relación multiescalar de sobrevivencia. Tal y como lo establecen Bourgois y Scheper-Hughes (2004) la violencia es un concepto escurridizo y de difícil definición, sobre todo porque es prácticamente imposible distinguir la diferencia entre su origen y su reproducción. El desafío analítico, pero también político, reside en lograr identificar las tramas de poder que atraviesan su ejercicio, pues, la mera descripción del despojo, la agresión y la agonía pueden terminar reduciendo la complejidad a sus efectos y consecuentemente, a la inacción.

En estos contextos, la violencia cobra un sentido de relación, más que de objeto. En esa relación, vale la pena preguntarse por el dolor y la desesperanza que provoca la sujeción indefinida y la constante sensación de falta y pérdida de la libertad propia sobre el cuerpo-territorio. Atender a la experiencia del dolor, sus narrativas y significados permiten descender

a la comprensión de cómo se imbrica la acción violenta como detonadora de la separación de la comunidad política (Das 1965, 2008). Así, Veena Das propone que más que definir el concepto de violencia se trata de penetrar en sus efectos a través del análisis de los imaginarios, narrativas y testimonios de quienes la han experimentado. Las formas, los *cómos* y los *por qué*, lejos de construir una receta de métodos y técnicas desconectadas entre sí, se reconfiguran como pilares esenciales del proceso de producción de conocimiento desde una postura política crítica y feminista.

Es desde esta posición que emergen las condiciones de posibilidad para ir más allá del relato descriptivo del ejercicio del poder. Politizar, en este caso, lo comprendo cómo ese proceso de conciencia y acción colectiva que va más allá de esta descripción para configurar escenarios de *potencia* política: una reivindicación de los límites de lo posible a través de un pensar situado en la secuencia de luchas, de memoria producida al calor de los contextos singulares y colectivos, y, sobre todo, de recuperación de la voces presentes e históricas articuladas (Gago 2019).

Estas reflexiones resultan centrales, sobre todo, porque se materializaron en el proceso de construcción y análisis de los hallazgos que componen este trabajo. También, porque al pensar la violencia como relación, puedo reconocer mi propio lugar en el proceso de reflexión *en relación con* los contextos que analizo. Finalmente, los capítulos siguientes buscan llevar estas discusiones al ámbito del campo; uno en el que la emergencia, la enfermedad y el gobierno sobre la vida se reprodujo como territorio de análisis, pero también, de experiencia.

Capítulo 2

No es lo mismo ser enferma libre que enferma presa: La política sobre la vida en contextos de excepción

Eran tiempos de emergencia en Ecuador. El 29 de febrero del 2020, se había confirmado en Guayaquil el primer caso de COVID-19, una enfermedad que estaba llevando al límite los sistemas de salud públicos a nivel global y que se expandió rápidamente en el resto de las provincias del país. Se trataba de un virus altamente contagioso, que ingresaba al cuerpo a través del contacto cercano con personas infectadas. Una vez que se presentaban los síntomas, el recorrido de la enfermedad era incierto. Aunque en la mayoría de los casos los pacientes se recuperaban en casa, en muchas ocasiones, los síntomas empeoraban al punto de requerir la intervención de emergencia en unidades de cuidados intensivos.¹²

El país recibió la pandemia con un sistema hospitalario debilitado, una red de vigilancia epidemiológica recientemente desintegrada, y un nivel primario de atención médica en el que se había dejado de invertir durante la última década (Dávalos 2016; Maldonado 2020; Velasco, Hurtado, y Tapia 2020b). El gobierno optó por decretar el aislamiento social indefinido, haciendo eco del mensaje emitido por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) en torno a la necesidad de controlar los focos de contagio y aplanar la curva de crecimiento de los casos positivos confirmados.

El mensaje estatal fue contundente: frente a la crisis sanitaria, la consigna era la seguridad de la población. Fue sobre este discurso que se sustentó el endurecimiento del control social en las calles y el llamado de las autoridades a proteger la vida de la comunidad nacional: “la unidad de todos es la mejor garantía de vida”, adujo el presidente en una de las primeras cadenas nacionales emitidas durante la emergencia sanitaria.

En seguimiento a estas medidas, el Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores (en adelante, SNAI) generó una serie de

¹² Según la Organización Mundial de la Salud, el principal desafío que arroja la pandemia es en torno a la gestión del incremento de casos que llegan a ser hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. Es el colapso de estos centros lo que dificulta la supervivencia de los pacientes una vez que sus síntomas evolucionan a este nivel de gravedad. Por ese motivo, el mensaje central de las organizaciones sanitarias internacionales se fijó en promulgar las políticas de aislamiento y distanciamiento social.

protocolos preventivos que debían ser implementados en todo el sistema de rehabilitación social. Por las condiciones de hacinamiento en las que se encuentra la mayoría de los centros penales, resultaba urgente mitigar el ingreso del virus a las prisiones del país.

Dentro de las principales medidas que establecía este protocolo se encontraban: la compra de mascarillas, el monitoreo médico en todo el sistema de rehabilitación social y la eliminación temporal de las visitas (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b). Desde afuera, familiares y amigos de la gente en prisión sostuvieron protestas para visibilizar las condiciones de riesgo en que se encontraban las personas presas. Las noticias de medios digitales y los testimonios de compañeras de organizaciones feministas y de derechos humanos vinculadas al contexto carcelario se convirtieron en mi fuente de información. Entre el hermetismo institucional y la falta de datos oficiales sobre la situación del sistema penitenciario, las denuncias por las condiciones de (in)acceso a la salud en momentos de pandemia se multiplicaron en todo el país: en las prisiones de Ambato, Turi, El Inca y Latacunga se organizaron amotinamientos y huelgas de hambre (Redacción Pichincha Comunicaciones 2020; Redacción El Universo 2020e; Maisanche 2020).

A mitad del mes de marzo, Ecuador apuntalaba la lista de países con mayores índices de mortalidad y contagio del COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud 2020). Era el segundo país más pequeño de América del Sur y el segundo con más casos confirmados de la enfermedad. En este escenario, la política del “quédete en casa” fue resguardada con la declaratoria del estado de excepción, toque de queda y cierre de fronteras marítimas, aéreas y terrestres por el tiempo que durara la “cuarentena”. Bajo el Decreto No. 1017, el presidente Moreno estableció la restricción de movilidad y la prohibición explícita de reuniones sociales.

Analía llevaba un año de estar en libertad cuando se decretó la emergencia. Durante setenta y ocho días se mantuvo encerrada y salía exclusivamente para recibir el tratamiento de diálisis al que se somete regularmente. En medio del temor a la enfermedad, a la muerte y la falta de ingresos, logramos sostener un proceso de mutuo acompañamiento por el tiempo que duró el confinamiento obligatorio. Con ella, reflexioné sobre la continuidad de la enfermedad y la condición de encierro que ella sentía aun cuando, paradójicamente, estaba en libertad. Pero, sobre todo, fue a través de su testimonio que pude reconstruir la manera en cómo el estado

produce las condiciones de posibilidad para que la enfermedad se viva como un castigo agravado para aquellas poblaciones que se relacionan con los entornos penitenciarios.

Inicialmente, este texto buscaba reconstruir los discursos estatales sobre la salud y la enfermedad en contextos carcelarios. Sin embargo, la experiencia de vivir de cerca la crisis sanitaria por el COVID-19 incidió en su redirección hacia el análisis de la política sobre la vida que rige para los sectores empobrecidos y racializados del Ecuador, materializada con especial agudeza en las prisiones, durante el contexto de aislamiento social.

A través del concepto de inmunización (Esposito 2012) planteo la tesis de que en la "cuarentena" decretada por el estado,¹³ se legitima la posibilidad de separar aquellos cuerpos que merecen ser protegidos de aquellos que son explotados al límite de la vida misma. El retorno a la individualidad y el cercamiento como medida de protección frente al contagio, agudiza la exclusión de los sectores populares que sobreviven a través del contacto directo con las y los otros, entre el afuera y el adentro de la prisión.

Es contra esa población que el estado defiende una comunidad nacional que se representa a sí misma de manera antagónica a esos otros cuerpos que habitan las calles, los mercados, las esquinas y los barrios del sur de la ciudad, tradicionalmente vinculados con los entornos carcelarios. Esta relación de oposición da sentido al funcionamiento de un dispositivo securitario que se sostiene del control y el abandono selectivo de ciertas poblaciones, construidas socialmente como enemigas del orden.

Propongo el argumento de que este dispositivo de seguridad trasciende el ámbito de la vigilancia policial y se materializa también en la gestión estatal de la salud que se despliega en Ecuador a lo largo de los últimos quince años. De tal manera que, lo que analizo dentro del contexto carcelario, no puede ser entendido al margen del contexto político y económico del país y que más bien, desde este territorio, es posible informar de los efectos concretos y materiales de lo que Wacquant (2010b, 2010a) denomina el gobierno de la pobreza en el marco del estado penal.

¹³ Popularmente se utilizó el nombre "cuarentena" para nombrar el periodo de aislamiento decretado por el gobierno, que tuvo una duración de aproximadamente 78 días en la ciudad de Quito.

En ese sentido, parto de que la coyuntura de pandemia por COVID- 19 es privilegiada para analizar (1) las prácticas de control y abandono estatal de los cuerpos de la prisión a partir del orden penitenciario nacional y los protocolos de prevención del coronavirus aplicados a las cárceles del Ecuador, (2) la importancia del vínculo con el afuera en el sostenimiento de la salud y la vida dentro de la prisión desde una perspectiva de género, recuperando la voz de mujeres privadas de libertad y (3) las prácticas de resistencia y reivindicación de la vida por parte de la población penal, frente a la política de inmunización que impacta las prisiones del país.

Los resultados los organizo en función de los núcleos de análisis que propuse a partir de los conceptos teóricos ya mencionados y la sistematización de información empírica. El primer núcleo gira en torno a las prácticas y discursos del estado en torno a la salud y la enfermedad dentro de los contextos penitenciarios y en un periodo de excepción como lo fue la pandemia por COVID-19. El segundo, se centra en los significados que se reproducen en los amotinamientos organizados dentro las prisiones, como forma de protesta frente a las condiciones de salud. Finalmente, el tercer núcleo de análisis versa sobre la relación entre las prácticas estatales sobre salud y enfermedad dentro de la cárcel y el significado del cuerpo-territorio para las mujeres criminalizadas por delitos de microtráfico, privadas de libertad en la cárcel de Latacunga.

En cuanto a la estructura del texto, inicio con una sección de contexto donde reconstruyo la coyuntura analizada desde la gestión del COVID-19 dentro de las prisiones del Ecuador. Seguidamente, planteo los resultados encontrados según cada núcleo analítico. Posteriormente, planteo una sección de reflexiones parciales donde integro los hallazgos encontrados a la luz de las categorías de cuerpo-territorio, inmunización, y estado penal (Cabnal 2010; Marchese 2019; Esposito 2009; Wacquant 2010a).

1. Entre la salud, la enfermedad y el confinamiento: Contexto de análisis

Las cárceles de Ecuador permanecen en condición de hacinamiento, abarrotadas por personas castigadas penalmente por su condición de pobreza (Darke y Karam 2017). A pesar de representar solo el 7,2% de la población penitenciaria total (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2019), la mayoría de mujeres presas sostienen la vida de grupos familiares extensos sumidos en

condición de precariedad (Almeida 2017; Coba 2010; Aguirre 2019; Pontón 2007). Son ellas las que constantemente son reclutadas por las economías ilegales para la distribución local y transnacional de sustancias ilícitas. Las mujeres criminalizadas por el microtráfico de drogas conforman actualmente el 28,31% de la población femenina privada de libertad en Ecuador, seguidas por el 26,63% que, al 2019, se encuentra descontando su condena por delitos contra la propiedad (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2019).

Analía es una de ellas, una "bruja" más, enemiga interna de un estado que penaliza el rompimiento del orden moral de lo que implica ser una ciudadana civilizada (Mujeres de Frente 2020a; Aguirre 2019; Pontón y Torres 2007). Su cuerpo ha estado tutelado por el estado desde los siete años -momento en que huyó de la precariedad en la que vivía, y hasta la actualidad, cuando depende de la prestación del servicio de diálisis en una clínica privada subcontratada por el gobierno. A pesar de gozar del estatus formal de ciudadana en libertad, continúa cargando en su cuerpo el estigma del castigo estatal que se le ha impuesto, por ser una mujer que encontró en el tráfico de pequeñas cantidades de droga, una oportunidad para poder sostener a su familia.

"No es lo mismo ser enfermo rico que enfermo pobre", me comentó un día que conversábamos sobre el coronavirus y su acelerada expansión en el país (Silva, diario de campo, abril 2020). Aún y cuando era una frase que explicaba con precisión el panorama social del Ecuador en plena pandemia, era una idea que Analía venía construyendo desde antes, a partir de su contacto directo con la gestión de la salud pública.

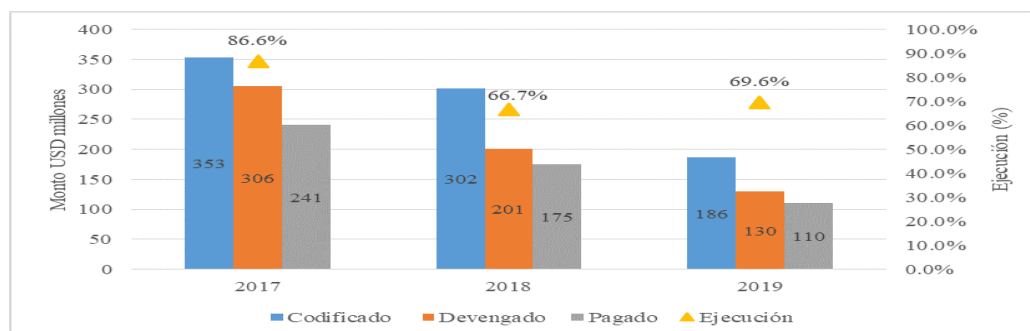
De acuerdo con Dávalos (2016), Arteaga, Cuvi y Maldonado (Arteaga, Cuvi, y Maldonado 2017), la fragilización del sistema de salud que percibimos hoy, es producto de más de una década de políticas estatales al servicio de los intereses del mercado.¹⁴ Lo que en el discurso progresista se presentó como un avance en términos de alcance, acceso e inversión pública,

¹⁴ Dávalos realiza un análisis histórico que evidencia la penetración de la política de gobernanza, promulgada por el Banco Mundial, en la administración pública de la salud. Tal y como explica Laurell, citado por Dávalos (2016, 27) "en este planteamiento sólo le corresponde al gobierno hacerse cargo de: la producción de los bienes públicos en sentido restrictivo; algunas acciones dirigidas al individuo con grandes externalidades, o sea, que implican beneficios colectivos más allá del individuo atendido; medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado; Estas responsabilidades corresponden estrictamente a aquello que es justificable dentro de la doctrina neoliberal ya que son tareas que los privados no pueden o quieren asumir"

terminó fortaleciendo un modelo de gestión estrechamente vinculado a la tercerización de servicios y el debilitamiento de los niveles de promoción y prevención comunitaria a cambio de la construcción de grandes centros hospitalarios que concentraban la atención de tercer nivel.

En los últimos tres años, la tendencia se ha trasladado hacia el desfinanciamiento. Por ejemplo, en el gráfico 2.1, se muestra el recorte en la inversión del estado en salud entre el 2018 y el 2019 (Báez 2020). Esta disminución es de aproximadamente 66 millones de dólares (equivalente a un 36%), materializados en el recorte de personal médico (general y especialista), la disminución en la compra de equipos y material de atención y de forma inminente, el deterioro en la calidad de los servicios destinados a los grupos de atención estatal prioritaria (dentro de los cuales destaca la población discapacitada y privada de libertad) (Maldonado 2020).

Gráfico 2.1 Consolidado Plan Anual de Inversiones Sector Salud en Ecuador 2017-2019



Fuente: Báez 2020 con base en los datos del Ministerio de Economía y Finanzas Subsecretaría de Presupuesto

Al estallar la tasa de contagios por coronavirus, los efectos de esta forma de gestionar la salud se tradujeron en el colapso acelerado del sistema de atención hospitalaria (Maldonado 2020). Los grupos empobrecidos abarrotaron los centros médicos en espera de la atención eficiente, con calidad y calidez, a la que constitucionalmente tienen derecho.

La respuesta gubernamental se concentró en la construcción de hospitales de emergencia, el endurecimiento del control policial en las calles y la aprobación de medidas económicas que, en lugar de acrecentar el gasto en esta materia, profundizaban el recorte (Redacción El

Universo 2020b).¹⁵ Tal y como lo demuestran los datos presentados por el Observatorio Social, las respuestas institucionales no hicieron más que visibilizar el acceso geográfico desigual al derecho a la salud (Velasco, Hurtado, y Tapia 2020b). De ahí que el impacto de la pandemia fuese diferenciado para las poblaciones pertenecientes a los barrios marginalizados de la ciudad y a los territorios rurales ubicados en la periferia del país:

Cuatro de las nueve provincias con mayor prevalencia del virus rebasan el promedio nacional de pobreza (18%): Esmeraldas registra la situación más grave, el 35% de su población –casi el doble del promedio nacional– es pobre de acuerdo con los ingresos que percibe. Por su parte, entre el 21% y el 23% de la población de Santa Elena, Manabí, y Los Ríos es pobre. Mientras que en las otras cinco provincias se registran porcentajes de pobreza por ingresos menores al promedio nacional: Santo Domingo de los Tsáchilas (15%), Guayas (13%), El Oro (13%) Azuay (12%), y Pichincha (10%).” (Velasco, Hurtado, y Tapia 2020a, 5)

En términos absolutos, las dos provincias con mayor concentración de población- Guayas y Pichincha, son las dos más afectadas por el virus y las que juntas, registran alrededor de 800000 personas en condición de vulnerabilidad por pobreza extrema (Velasco, Tapia, y Hurtado 2020a). Tomemos en cuenta que la condición de pobreza se refleja en las posibilidades de acceso a la educación y, por ende, incide en el tipo de actividades laborales que se realizan como estrategia para la subsistencia.

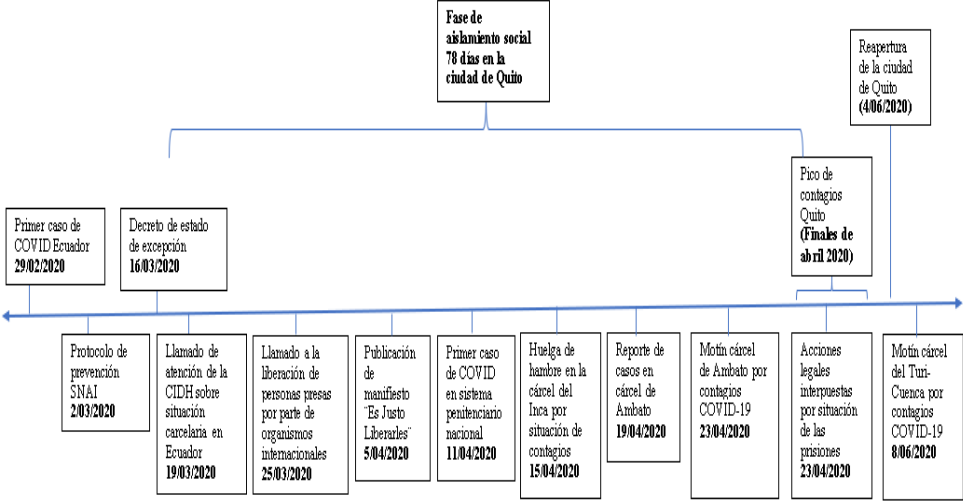
Esto resulta fundamental al momento de comprender la intersección de la salud, el padecimiento y el castigo penal en el contexto de análisis. La pandemia, lejos de entenderse como un fenómeno exclusivamente sanitario, revela los efectos sociales de desigualdades históricas. La fragilización de las condiciones de vida y muerte de ciertas poblaciones, se comprende, no solo desde los obstáculos que enfrentan- y han enfrentado, al momento de

¹⁵ En este contexto, frente al aumento de los contagios y los casos positivos confirmados en todo el país, la administración Moreno Garcés optó por dirigir parte de los recursos disponibles al pago de la deuda externa del país, mientras que crecían las denuncias por la deuda a médicos posgradistas que atendían la emergencia sanitaria y el recorte de personal administrativo del Ministerio de Salud, encargado de gestionar gran parte de los programas de salud con enfoque territorial (Maldonado, comunicación personal 15 de agosto 2020). Esto se complementa con lo establecido por el informe del Observatorio Social que establece que: A esto se suma que durante los años 2018 y 2019, de acuerdo con la denuncia realizada por gremios y sindicatos de profesionales de la salud, entre 2,500 y 3,000 funcionarios del Ministerio de Salud fueron despedidos; sumados a otros 2,279 despedidos durante la pandemia, estos últimos en su mayoría cargos administrativos. (Velasco, Hurtado, y Tapia 2020b)

acceder a los servicios básicos de salud, vivienda, y educación, sino también, porque en este contexto se acentúan los mecanismos de castigo y abandono sobre sus cuerpos, en el marco del discurso securitario con el cual los últimos gobiernos han respondido a problemas sociales de carácter estructural (Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Ribadeneira 2018; Arteaga, Cuvi, y Maldonado 2017; Coba Mejía 2015; Paladines 2016).

En la figura 2.1 se muestran los principales eventos que atravesaron el periodo de estudio, que va de finales del mes de febrero 2020, hasta el 8 de junio del mismo año, cuando se pasa del aislamiento al distanciamiento social.

Gráfico 2.2 Cronología de la pandemia



Fuente: Datos de la investigación

Desde el momento en que se decretó el primer caso de COVID-19 en Ecuador, el SNAI constituyó una comisión interinstitucional para generar protocolos preventivos del manejo del virus en el sistema penitenciario. Durante las primeras semanas, el foco de atención mediática se concentró en la evolución de la enfermedad afuera de las prisiones, aunque, en el ámbito internacional, organismos como las Naciones Unidas y la Corte Interamericana de Derechos Humanos hacían un llamado para que los gobiernos tomaran medidas para garantizar la salud de la gente en prisión, tomando en cuenta las condiciones generalizadas de hacinamiento de las cárceles (Bachelet 2020).

Ante el silencio institucional, se articuló un conjunto de protestas sostenidas desde dentro y fuera de los centros penales. Justo antes de que se detectara el primer caso en el sistema penitenciario, algunas organizaciones de derechos humanos- dentro de las cuales destacaba la participación de Mujeres de Frente, construyeron una campaña mediática para presionar por la liberación de población en condición de riesgo, bajo el eslogan "Es Justo Liberarles".¹⁶ Esta acción política vino acompañada de un conjunto de acciones legales que eventualmente fueron rechazadas por el Poder Judicial. Días después, se instaló una huelga de hambre en la cárcel del Inca, cuatro días antes de que se filtrara en medios de comunicación que en otro centro- la prisión de Ambato, 420 de las 600 personas privadas de libertad, estaban infectadas (Redacción Radio La Calle 2020).

Los picos de la primera ola de contagios en la ciudad de Quito (con corte al 15 de abril del 2020) se reportaban justo en estos momentos. El gobierno aducía que el crecimiento de infectados se debía a la desobediencia civil frente a las medidas de restricción de movilidad (Del Rincón 2020). Sin embargo, el discurso institucional era inconsistente, pues, aun cuando el crecimiento de los casos se mantenía, se impulsó una transición hacia la apertura de restricciones y reactivación económica.¹⁷ Conforme se transitaba hacia la fase de distanciamiento social, se reportó un amotinamiento en la cárcel del Turi (Redacción El Universo 2020d) que vino a constatar que incluso en momentos de emergencia sanitaria, las prisiones quedaban en los márgenes de la protección estatal.

2. La gestión del encierro durante la pandemia: consolidar el aislamiento desde la higienización de la cárcel

Analía está convencida de que su enfermedad se agudizó durante su tiempo en prisión, que fue mucho antes de que llegara la pandemia al Ecuador. El aislamiento, la falta de acceso a agua potable, la mala alimentación y el maltrato por parte de los funcionarios de la cárcel de Latacunga, son algunos de los factores que nombra para explicar esta idea (Morán para Plan V 2018a). Lo ha hecho desde que le diagnosticaron su enfermedad, poco tiempo después de

¹⁶ La acción de medidas cautelares propuesta en este sentido buscaba la pronta liberación de: mujeres embarazadas, mujeres con hijos e hijas de menos de tres años, mujeres con enfermedades catastróficas y adultas mayores (Mujeres de Frente et. al 2020).

¹⁷ La constante renuncia de personal político clave en la gestión de la pandemia, sumado a la apertura de diversas investigaciones por corrupción en el manejo de las compras de insumos médicos, no pago a personal de primera línea y descoordinación institucional aumentaron la sensación de temor y enojo de la población del país (Rosero 2020; Del Rincón 2020; Redacción El Universo 2020a).

que recién se inaugurara el nuevo conjunto de megacomplejos penales de la Revolución Ciudadana.¹⁸

Ella se quejaba de la mala alimentación porque su condición de salud exigía una dieta particular: “a mí me daban siempre lo mismo que a todos. Poca fruta, mucho arroz, y una sopa que siempre venía fría. Decían que con eso me tenía que bastar” (Silva, diario de campo, abril 2019). Para finales del 2019, el SNAI buscaba un nuevo proveedor de alimentación con capacidad de atender las necesidades particulares de personas con problemas de salud (Redacción Primicias 2020e). A pesar de que en los objetivos de la contratación se buscaba cubrir una dieta balanceada para la prevención de la obesidad, la diabetes y otras condiciones de riesgo como la hipertensión, lo cierto es que, para inicios del 2020, las quejas de las y los internos en cuanto a la comida seguían reproduciéndose: “Aquí nos dan pura harina para que nos llenemos, aunque no nos alimente nada. A veces la sopa viene fría, y nos dan muy poquita cantidad” (Testimonio de Azucena, taller de mapeo corporal, enero 2020).

La mala alimentación en condiciones de hacinamiento (40,19% es el porcentaje de hacinamiento del sistema penitenciario para el año 2019), facilita la transmisión de enfermedades entre la población. Esto, sumado al desabastecimiento de agua potable en el caso del CRS Cotopaxi, incrementa la posibilidad de que se desaten epidemias por falta de protocolos básicos de higiene.

El personal es limitado y en la mayoría de los casos, insuficiente para atender a los amplios grupos de personas que están bajo la custodia del estado en los centros penales:

Los criterios para definir la cantidad y tipo de personal que atiende cada centro la dictan el Ministerio, y es dada bajo los criterios de tamaño de población del centro. Es por eso que un centro de atención prioritaria a mujeres, como lo es la Casa de Confianza, no haya si quiera un

¹⁸ Al instaurarse la Revolución Ciudadana en el 2007, la esperanza de una transformación en el discurso sobre el castigo penal se reprodujo en los pabellones de las prisiones del país. Se hablaba del reconocimiento de las condiciones estructurales que conlleva la vinculación de las mujeres con el microtráfico, se hablaba de indultos, de reconocimiento de derechos y de justicia penitenciaria. (Aguirre 2016; Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Paladines 2016). Lo cierto es que conforme se consolida el socialismo del siglo XXI en el Ecuador se reconfigura un modelo de gestión penal y penitenciaria que profundiza las estrategias de control y castigo sobre los cuerpos de las mujeres que, como Analía, reingresaban al sistema de rehabilitación social una y otra vez.

médico en ginecología o pediatría. Rotamos cada seis meses para no generar vínculos con los "PPL" (persona privada de libertad) y a diario nos tenemos que enfrentar con la falta de medicinas y abastecimiento de equipo que pasa por la gestión burocrática de la zonal (Proaño, en entrevista con la autora 18 de enero 2020).

El modelo vigente de gestión penitenciaria se había difundido con un programa de acciones políticas que, dentro de sus fortalezas, dirigían mayores recursos y apoyo interinstitucional al ámbito de la salud (Jácome, comunicación personal 12 de enero 2020). Se trasladó la gestión de este tema al Ministerio de Salud Pública, desde donde se distribuían los apoyos médicos, según el criterio de población de cada uno de los centros del Sistema Nacional de Rehabilitación Social (Ministerio de Salud Pública 2013). Sin embargo, la manera en cómo se gestionó la pandemia durante el periodo de estudio evidencia las grietas estructurales de este aparente fortalecimiento institucional, agravado por las condiciones estructurales de desfinanciamiento de la salud en el país.

El protocolo de atención de personas enfermas de COVID-19 dentro del sistema penitenciario, establecía una hoja de ruta para la prevención del ingreso de personas enfermas y el procedimiento de aislamiento de aquellas y aquellos pacientes confirmados (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b). Constante monitoreo médico, aislamiento en espacios particulares y protocolo de traslado a centros especializados (en caso de requerirlo) reunían las principales medidas tomadas por la administración carcelaria (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b, 11). Además de los procesos de reducción de penas establecidos de oficio en periodos de normalidad, no se dio trámite a ninguna medida específica dirigida a disminuir el hacinamiento carcelario durante la fase de aislamiento.¹⁹

Según datos del observatorio de prisiones de la Fundación Dignidad (2020), para junio del 2020, se reportaba una brecha significativa entre los casos reportados desde el SNAI y el Ministerio de Salud Pública, y aquellos que emergían de los testimonios de privadas y

¹⁹ El 20 de abril del 2020, la Comisión de Participación de la Asamblea Nacional aprobó la resolución para solicitar al Presidente Moreno ejecutar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de las personas privadas de libertad. (Comisión de Participación de la Asamblea Nacional del Ecuador 2020) Sin embargo, al 18 de junio del 2020 no se conocían medidas específicas tomadas a partir de la aprobación de esta resolución.

privados de libertad: En la prisión de Ambato, se reportaba oficialmente una cifra de 420 infectados (de 638 personas) mientras que la recopilación de datos por denuncias aumentaba a 500. Algo similar sucedía en el Turi, donde se registraba oficialmente un total de once casos (de 2484 de población total) y desde el registro no oficial, aumentaba a veinte. En el CRS Cotopaxi, los registros por denuncia también aducían la presencia de veinte personas infectadas que no eran visibilizadas ni en los registros del SNAI ni los del Ministerio de Salud Pública. En términos generales, había una diferencia de 142 casos reportados entre la oficialidad del discurso estatal y los datos recogidos por el observatorio de prisiones (Fundación Dignidad 2020).

Mientras las autoridades se preocupaban por buscar recursos, en los centros de privación de libertad, las y los internos se dedicaban a hacer los ataúdes que eran donados para las familias sin recursos cuyos seres queridos morían a causa del COVID-19 (Redacción El Comercio 2020c). Lo hacían con la mínima protección de salud, como trabajo no remunerado, al servicio de un estado para el cual su vida era útil en la medida en que produjese un beneficio para la sociedad de la cual, paradójicamente, habían sido separados (Foucault 2006; Mbembé y Meintjes 2017). En ese momento cobró sentido la idea de que, más allá del “dejar morir”, se trataba de un conjunto de medidas que inducían la explotación consciente de los cuerpos prisioneros con el único límite de la vida. Más que dejarse morir; se harían morir.

Al ver las imágenes de Guayaquil y escuchar los testimonios de nuestras compañeras en Quito, la reflexión me condujo a reconocer la marca racial, de género y de clase que ha distinguido históricamente la representación de los cuerpos que pertenecen legítimamente a la nación (Goetschel 2019; Segato 2007). Aquellos que por ley eran clasificados como población vulnerable y de atención prioritaria estaban en mayor riesgo de contagio, pues se trataba de los sectores empobrecidos que tradicionalmente habitan en condiciones de hacinamiento, y altos niveles de precarización.

Esa población, se sostiene a partir de vínculos que se gestionan de manera cotidiana entre el afuera y el adentro de la cárcel, institucionalizados a través del sistema de visitas en el que, semanalmente, la población penal se encuentra con familiares y amigos (Aguirre y Coba 2017; Coba Mejía 2015). Esto cobra especial importancia al momento de analizar la

dimensión integral de la salud (que integra la dimensión física, psicológica y social) y su relación directa con el ejercicio del poder sobre los cuerpos de la prisión.

De acuerdo con el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, "El Código Integral Penal establece que las personas privadas de libertad tienen derecho a un régimen de visitas familiares e íntimas. De esta manera se logra garantizar el respeto estricto a los derechos humanos de esta población" (Defensoría del Pueblo del Ecuador 2017, 9). A pesar de que el Sistema Nacional de Rehabilitación Social establece un régimen ordinario de visita, en la práctica, este derecho ha sido sistemáticamente violentado incluso antes de declararse la emergencia sanitaria. Desde que se implementó el modelo de gestión carcelaria vigente (2013), la interrupción de este derecho se ha utilizado como uno de los principales mecanismos de control institucional para la mitigación de amotinamientos en escenarios de excepción (Redacción El Universo 2019; Comité Permanente por la defensa de los derechos humanos 2019).

La ruptura abrupta del vínculo con el afuera, supone una medida efectiva para materializar el contexto de sujeción en el que habitan los cuerpos de la prisión. Ha sido ampliamente investigado el hecho de que en estos encuentros con familiares y amigos, se recompone, en alguna medida, el tejido social destruido por la separación de quienes han sido ya condenados y condenadas (Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Aguirre y Coba 2017; Martínez 2017; Almeida 2017). De hecho, la imposibilidad de sostener las visitas para muchas familias que ya no pueden costear los traslados interprovinciales- desde Quito a Cotopaxi (donde fue construida la cárcel de Latacunga), constituye una de las críticas más duras a la reforma penitenciaria implementada en la segunda fase de la Revolución Ciudadana (Aguirre, León, y Ribadeneira 2020; Paladines 2016). Fragilizar este derecho, implica la violación a una garantía fundamental que sostiene a muchos y muchas resistiendo el confinamiento penal.²⁰

Durante el 2019, cuando se decretó el estado de excepción en el sistema penitenciario por el aumento súbito de amotinamientos, una de las primeras medidas tomadas por la

²⁰ En el taller sobre cuerpo-territorio que desarrollamos con compañeras presas en el CRS Cotopaxi, *la visita* emergió varias veces como un evento de soporte frente a la sensación recurrente de fatiga y aislamiento que aparece en el encierro. Cuando consultamos sobre las motivaciones que les permiten mantenerse activas dentro de la cárcel, las 7 mujeres participantes hicieron referencia a la importancia de la visita "como descanso", "como un alivio y "como un recordatorio de que esto (la cárcel) es temporal" (Diario de campo, marzo, 2020).

administración fue la supresión de los encuentros semanales con amigos y familiares, en los principales centros de rehabilitación social (Comité Permanente por la defensa de los derechos humanos 2019). La razón era argumentada en términos del riesgo que supone mantener el vínculo con el afuera en contextos de violencia como los que en ese momento se desataron de forma generalizada en todo el sistema (Redacción El Comercio 2019).

En marzo del 2020, nueve meses después de que recién se habían reinstalado las visitas en las cárceles del país, se volvieron a suspender por motivo de la emergencia sanitaria. Según lo establece el protocolo de prevención del SNAI:

El ingreso de visitas familiares para las personas privadas de libertad está temporalmente restringido en todos los Centros de Privación de Libertad y Centros de Adolescentes Infractores hasta que la emergencia sanitaria termine, únicamente se permitirá el ingreso de abogados bajo las estrictas medidas de prevención al contagio de COVID-19, quienes incumplan con las medidas de prevención no ingresarán al centro (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020a, 22).

Inmediatamente después, el protocolo establece que una vez que pase la crisis, la dirección de los centros se encargará de informarle a las familias que pueden retomar los encuentros semanales de manera paulatina y progresiva (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b, 22). La justificación de la medida giraba en torno al argumento de que, a través del aislamiento, las personas privadas de libertad podrían ser protegidas del contagio por COVID-19. No obstante, para el 20 de junio del 2020, el diario El Comercio anunció que, según reportes oficiales, 618 personas presas padecían la enfermedad y diez habían muerto por ella (Ortiz 2020). Sus familiares esperaban por noticias desde el afuera, sin ningún contacto o información, más allá de la que pudiera emerger de los celulares que circulaban dentro de la cárcel. Se sabía que adentro las personas habitaban en condiciones que no les facilitarían una pronta recuperación, sin acceso a medicinas y atención médica de calidad (Ortiz 2020a; Fundación Dignidad 2020).

Nuevamente, se hacía uso del lenguaje de la seguridad y la protección para legitimar una medida que en lo inmediato, representaba una condición agravada del castigo (Comisión

Ecuménica de Derechos Humanos et al. 2020; Redacción Radio La Calle 2020). En la Casa de Confianza de Chillogallo, permanecían privadas de libertad mujeres que, en la gran mayoría de los casos, sostienen grupos familiares extensos fuera de prisión. Tal y como lo establece el estudio de Almeida (2017), muchas de estas mujeres ocupan la jefatura de sus hogares, con hijos e hijas pequeñas que son cuidados temporalmente por vecinas o familiares, o bien, que permanecen con ellas en caso de tener menos de tres años. Interrumpir de manera abrupta y reiterada el contacto con estas redes, supone para ellas la imposibilidad de mantener contacto con aquellas y aquellos bajo su cargo.

¿Qué significado tiene la interrupción de las visitas para la población interna, sus familiares y amigos? De acuerdo con Analía, el contacto con los seres queridos que permanecen en libertad alivia la sensación de encierro y reconstruye la idea de que el castigo penal es una condición temporal (Silva, diario de campo, 15 de junio 2020). “La visita es recordar por qué estamos vivas, por quiénes seguimos luchando, ” (Silva, diario de campo, 15 de junio 2020) me dijo cuando conversamos sobre la decisión tomada desde el SNAI por suprimir este derecho dentro del sistema. “Cuando te quitan ese derecho, te torturan, porque ya no sabes qué está pasando afuera, cómo están los tuyos” (Silva, diario de campo, 15 de junio 2020).

Los efectos de esta interrupción se plasman directamente en el cuerpo, como síntomas de la política de aislamiento y abandono que se reproduce en la cárcel en periodos de normalidad y que se agrava durante los momentos de excepción. Esta dimensión de la salud quedó invisibilizada por el endurecimiento de un discurso securitario que justificaba el aislamiento con protección, tal cual se reproducía fuera de prisión con la política del “quédate en casa,” dirigida al control de la ciudadanía ecuatoriana. Aquella “comunidad” ciudadana a la que se direccionaban los discursos del gobierno, excluía a la gente en prisión. Las cárceles seguían sobrepobladas y sin condiciones para afrontar el ingreso del virus dentro del sistema.

Paradójicamente, este discurso de protección que legitima la profundización del aislamiento representa la ruptura de uno de los principios centrales del modelo de rehabilitación que rige la gestión penitenciaria actual: la vinculación con las redes familiares y vecinales como pilar

central para la "reinserción social".²¹ Esta discusión no fue colocada en la opinión pública, sino hasta que organizaciones de derechos humanos se manifestaron y dieron seguimiento a esta situación (Mujeres de Frente et. al 2020; Comité Permanente por la defensa de los derechos humanos 2019). Fue hasta ese momento que se problematizaron, desde la sociedad civil, las condiciones sociales diferenciadas en las que se inducía el aislamiento social. Al interpelar a las autoridades del SNAI, las respuestas se concentraban en enfatizar las estrategias de prevención que se implementaban para frenar el aumento de población enferma. No se hablaba de los efectos psicosociales de las medidas tomadas, mucho menos de la manera en cómo se vivía esta situación desde la cárcel, sin contacto con el afuera (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b, 2020a). Se había generalizado un lenguaje técnico-médico que medía el tipo de intervención institucional en términos de los síntomas físicos estrictamente relacionados a la enfermedad del coronavirus, mientras que por fuera quedaba el debate sobre la defensa y garantía de la salud integral de la población. A lo interno de las prisiones se articuló un conjunto de acciones políticas que demandaban el reconocimiento de sus voces clamando por el derecho a la salud. En un contexto de aislamiento e interrupción de garantías fundamentales, se configuraron escenarios de resistencia articulados en la reivindicación de la vida y la disputa del cuerpo como territorio legítimo de enunciación.

3. Amotinamientos por el derecho a la vida

El 20 de junio, el Diario El Comercio difundió las declaraciones de varios privados de libertad que denunciaban las condiciones en las que se vivía el aislamiento en los distintos centros del país: "Soy Marco, tengo 70 años, soy diabético e hipertenso, no hay medicinas" (Testimonio anónimo en: Ortiz 2020). El testimonio de "Marco" se suma al del resto de sus compañeros de pabellón, que participaron en el video difundido en redes sociales, filmado desde el CRS Cotopaxi. De acuerdo con el diario que reprodujo este material:

Javier, otro interno, denuncia la falta de diagnóstico por parte de las autoridades carcelarias.

En un video difundido en redes sociales, cuenta que el 26 de mayo salió del CRS Cotopaxi,

²¹ El concepto de "reinserción social" es utilizado por el discurso institucional, desde donde se define una falsa separación entre el adentro y el afuera de la prisión. Aunque personalmente soy crítica de este concepto, lo utilizo para referenciar la forma en que se nombra desde la institucionalidad pública.

que se hizo una prueba particular y que dos días después le informaron que estaba contagiado. Señala que no recibió mascarilla ni fue identificado como portador de la enfermedad (Ortiz 2020, 1).

A la fecha, en el CRS Cotopaxi no se reportaban amotinamientos, únicamente aquellos videos, fotografías, cartas y mensajes que se filtraban por las redes sociales, o en medios de comunicación, gracias al apoyo de familiares y amigos que permanecían afuera (Diario de campo, 21 de junio 2020). Sin embargo, en la prisión del Turi, en Cuenca, se registró un motín unos días antes (8 de junio). Lo mismo había sucedido en la cárcel de Ambato- el centro que reportaba más contagios, durante el mes de abril, días después de que iniciara la huelga de hambre en la cárcel del Inca. El gobierno reiteraba en sus mensajes semanales la necesidad de *quedarse en casa* para evitar las aglomeraciones que facilitaban el contagio, pero nunca se refirió a las políticas de gestión de la pandemia en un contexto de hacinamiento tan evidente como el que atravesaba el sistema penitenciario.

Según lo establecido por el protocolo de prevención del SNAI, el equipo técnico de cada centro coordinaría con cada representante de pabellón las actividades culturales y deportivas que iban a mantenerse para asegurar “la salud mental de la población” en el contexto de aislamiento social (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020b, 20). Por otro lado, el mensaje institucional reforzaba la idea de resguardar el orden y evitar que se generaran episodios de violencia que pudieran poner en riesgo la seguridad interna de los centros penales: como parte de las directrices, se establecía “cuidar que no se den noticias falsas, no reproducirlas y bloquearlas, guardando la seguridad necesaria por orden regular de los responsables (...) evitar la psicosis colectiva, prevenir desmanes y amotinamientos” (Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI) 2020c, 21).

En la cárcel del Inca se organizó una huelga de hambre como medida de denuncia contra la violación de derechos que acontecía en el contexto de la emergencia: “Sin derechos no hay justicia”, “No tengo ni cartas, ni llamadas ni contacto con la realidad. ¡Salud y vida!”, “Queremos nuestra libertad para morir en casa”, fueron algunos de los mensajes escritos en las pancartas difundidas por los medios de comunicación nacional (Redacción Radio La Calle 2020; Vite 2020). Desde afuera leíamos las noticias y acuerpábamos sus consignas, al mismo

tiempo que lidiábamos con la incertidumbre de lo que sería el futuro de aquellas y aquellos que buscaban su libertad, sin acceso a fuentes de empleo, y despojados del acceso a derechos como la salud, la alimentación y la vivienda digna.

Era evidente que a pesar de ser aislados a lo interno de la cárcel permanecían redes familiares y vecinales presentes, apoyando la difusión de estas acciones. Esta articulación, construida desde la comunicación clandestina entre el afuera y el adentro de prisión, resultó clave para colocar el tema en el ámbito de debate público. Al mismo tiempo, evidenciaba el funcionamiento de una política penitenciaria que, en contextos de emergencia, recurría a la ruptura de vínculos y profundización del aislamiento como mecanismo de control social. El no tener contacto “con la realidad,” como se señalaba en una de las pancartas reproducidas durante la huelga de hambre en El Inca, era una de las demandas reproducidas con mayor fuerza durante los amotinamientos.

“Buscar la libertad para morir en casa, ” fue una frase que se reprodujo en las acciones de protesta de la cárcel del Inca y también en Ambato. La consigna dibujaba un reclamo por el derecho a condiciones de vida y muerte dignas y, consecuentemente, una demanda por el reconocimiento de la condición de humanidad que se difumina bajo el estigma de la delincuencia.

Los amotinamientos cubiertos por los medios de comunicación tenían un rostro masculino. De la situación de las mujeres en prisión, no se encontraban datos ni en medios, ni en las fuentes oficiales del gobierno. Sin embargo, en el proceso de construir una acción de medidas cautelares, presentada ante el Consejo de la Judicatura, fue posible recabar algunos de los testimonios de mujeres madres que permanecían internas en el centro ubicado en Chillogallo:

(...) este no es un lugar para los niños, claro que nosotras cometemos errores y todo eso, pero nuestros hijos no tienen que pagar las consecuencias de nosotros. Con todo esto que está pasando nos sentimos un poco mal, con los problemas que están sucediendo en las otras cárceles que ya hay contagiados con el Coronavirus, entonces si nos tiene un poquito mal, al igual que estamos mal porque tenemos nuestros familiares en la calle, tenemos hijos en la calle también por todo eso estamos así todas (Testimonio anónimo en: Comisión Ecuánica de Derechos Humanos et al. 2020, 3).

Ni la emergencia sanitaria, ni la declaratoria de excepción, había logrado agrietar el ejercicio del cuidado de sus entornos familiares y comunitarios. Desde dentro, seguían buscando la manera de saber cómo estaban sus seres queridos. Desde fuera, eran ellas las que se organizaron para hacer una solicitud de cambio de medidas para sus parejas, hermanos, amigos y vecinas que permanecían encerrados (Redacción El Universo 2020e).

Algo similar había sucedido en el año 2014, cuando fueron las mujeres, actoras centrales en la conformación del “Comité de Familiares y Amigos de Gente en Prisión” para protestar contra los súbitos traslados de población penal al recién construido CRS Cotopaxi. Analía estuvo presente en ese evento y recuerda la efectividad que tuvo la red entre el adentro y el afuera de la cárcel, para visibilizar en el ámbito público, las violaciones de derechos que se mantenían escondidas dentro del centro (Diario de campo, mayo 2020). Incluso, ella relata que su primera vinculación con la organización MDF, durante un amotinamiento en el que ella participó durante el año 2004, en la cárcel del Inca, protestando por la violación de derechos a lo interno de la prisión (Silva, diario de campo, octubre 2018). Esa ha sido una de las principales motivaciones de las acciones de protesta que emergen desde dentro: frente a un régimen de incomunicación con el afuera, se reproducen estrategias colectivas para poder llevar a lo público, aquello que permanece en lo privado.

En el 2019, durante la crisis penitenciaria nacional, se multiplicaron los amotinamientos en los centros penales de Cotopaxi, Guayaquil y Cuenca (Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos 2019). La reacción inmediata de las autoridades fue el control inmediato de la seguridad, a través de medidas orientadas al uso de la fuerza policial y militar como estrategia de mitigación de la violencia. Meses después, cuando volvieron a desatarse, se utilizó el mismo mecanismo de control.

El lenguaje de protesta se había instalado en el cuerpo, llevándolo al espacio público, exponiéndolo al hambre como medida de presión, fotografiándolo con pancartas que reclamaban que “no hay justicia sin derechos” (Testimonio anónimo en: Vite 2020). Era este territorio corporal el que permanecía expuesto al contagio de un virus que registraba más de 5000 muertes en Ecuador (Redacción El Comercio 2020b).

Se trataba de una resistencia a la estrategia de inmunización que, tal y como lo establece Esposito (2012) se presentaba como la exención legítima de responsabilidad sobre los “otros” en nombre de la protección de los “unos”- los y las ciudadanas del país. Esta resistencia se desplegó de manera colectiva, en aquella escala material y simbólica que supone el cuerpo (Marchese 2019; Cabnal 2010).

4. La negación estratégica del dolor

La reivindicación de la vida es la consigna que sostienen los hombres y mujeres que encarnan el modelo de gestión de las prisiones en Ecuador a lo largo de su recorrido por el sistema penitenciario. En este sentido, las experiencias que acumulan las mujeres y los cuerpos feminizados adquieren significados particulares a partir de cómo viven ellas el encierro, tanto en periodos de excepción, como en tiempos ordinarios. Al analizar estos significados cobran vida estrategias de resistencia que ellas mismas reproducen sistemáticamente para dar lugar a una resignificación del castigo y la enfermedad.

A través del proceso de acompañamiento a Analía fui testigo de cómo la experiencia de la prisión se carga en el cuerpo, más aún, cuando se padece una enfermedad crónica-terminal. Con el objetivo de profundizar en esta relación, coordiné – junto con el SNAI, un encuentro con siete mujeres que se encontraran descontando su condena en el CRS Cotopaxi, lugar donde Analía había vivido el inicio y agudización de su condición médica. Además de conocer la manera en cómo se vive el encierro y la enfermedad, esta actividad visibilizó algo que venía aprendiendo desde que comencé mis visitas recurrentes a la prisión: “en la cárcel, la vida se juega con el cuerpo” (Silva, diario de campo, enero 2019).

Retomando los aportes del feminismo comunitario y la geografía feminista latinoamericana, utilicé el concepto de cuerpo-territorio plantear un trabajo en dos vías: la primera, enfocada en la construcción de mapas del espacio dibujados por Analía, donde íbamos construyendo las relaciones entre el espacio y el cuerpo. La segunda, fue la creación colectiva de mapas corporales con las mujeres, trabajados en relación con su vínculo con la prisión, la salud y la enfermedad.

De la cárcel como refugio a la cárcel como tortura

Con Analía, conversamos varias veces sobre los efectos que tuvo para ella, ingresar por al CRS Cotopaxi- el centro que encarnaba el nuevo modelo de gestión penitenciaria. En uno de nuestros encuentros, hicimos el ejercicio de reconstruir, a través de los recuerdos y la memoria, los principales espacios de este lugar:

Desde que entras a la cárcel por el pasillo de la requisa, violan tu cuerpo: porque te desnudan, te tocan, te dan órdenes una y otra vez. Desde que te ingresan, tu cuerpo es de ellos, ya no es tuyo. Es un lugar frío, donde no hay agua, la comida siempre es mala y poquita... y así, te obligan a levantarte temprano y cumplir con unas rutinas de cosas que a mí nunca me dieron ganas de hacer (Silva, en entrevista con la autora, 13 de febrero 2020).

Recordar las visitas al médico de la cárcel, los días sin agua potable, las luchas por una alimentación adecuada y un mejor trato por parte de las y los funcionarios hacen que para ella, "Latacunga" sea sinónimo de tortura. Antes- relata, llegar a la cárcel era arribar a un lugar seguro, donde sobrevivían redes de cuidado que, en estrecho contacto con el afuera, hacían que el tiempo en prisión se volviera más llevadero (Diario de campo, 13 de febrero 2020). Era un tiempo sin dolor- dice Analía, cuando estaba más joven, con más fuerza y mejor salud (Silva, diario de campo 13 de febrero 2020). La cárcel significaba una separación relativa de lo que se construía socialmente como "el afuera," y esa separación sin duda era dolorosa. Esto se contrapone con la sensación de refugio que ella percibía en la cárcel del Inca- representativa del antiguo régimen, pues, tal y como ella lo explicó en uno de nuestros encuentros, desde ahí era posible tender puentes de cooperación, y acompañamiento que la hacían sentir protegida dentro y fuera de prisión (Diario de campo, noviembre 2019).

El cambio de régimen penitenciario coincidió con el momento en que se le diagnosticó su insuficiencia renal. Enfrentar la evolución de la enfermedad en un espacio alejado de su familia, con falta de acceso a agua potable y una política de control corporal asociada al cumplimiento de un estricto horario de actividades (Aguirre, León, y Ribadeneira 2020) acentúa la sensación de despojo que Analía rememora de sus días en el CRS Cotopaxi.

Es una sensación que reaparece en los relatos de las mujeres participantes del encuentro de mapeo corporal, realizado justo el día en que comenzaron a implementarse las medidas estatales de confinamiento social por motivo del coronavirus. Realizamos el mismo ejercicio

de memoria y registro sensorial sobre los principales espacios de la prisión. Al momento de compartir los significados que emergen de cada lugar, fue inevitable no conversar sobre la pandemia que acechaba la cárcel y que amenazaba con la interrupción de la visita: más que el ingreso del virus, la preocupación de las mujeres giraba en torno a la idea de que, en momentos de emergencia, lo primero que se interrumpe en la prisión es el ingreso de las y los familiares (Diario de campo, marzo 2020).

Gloria, una de las participantes, señaló que temía no ver a su familia por varias semanas. Mencionó que los días de visita son los más esperados porque es cuando la cárcel se llena de voces conocidas y deja de ser, por unas horas, un espacio asociado al castigo (Diario de campo, 12 de marzo 2020). Azucena, su compañera de pabellón, complementó esta idea al aducir que el único día en que sentía que la prisión dejaba de ser violenta, era el día en que veía a sus hijas pequeñas entrar a saludarle.

Justo al frente de donde hicimos el taller, estaba la sala de consulta médica. Una de las compañeras me llevó a conocerla. Le pregunté por qué estaba vacía, si más bien ellas reiteraban que la necesidad de atención médica sobrepasaba la capacidad técnica de atenderles. Me comentó que a veces se cansaban de ir al médico porque pocas veces recibían la atención que necesitaban. Les daban paracetamol y les insistían en que no les podían dar más medicamentos si no había claridad de cuál enfermedad tenían.

Era entonces cuando decidían acudir al área de psicología y trabajo social. Ahí, muchas veces tampoco recibían un seguimiento de sus consultas. Según una de las funcionarias del centro, la razón es que no dan abasto: una sola persona lleva cientos de casos (Testimonio de funcionaria del área de trabajo social, diario de campo marzo 2019). Es entonces cuando las mujeres retornan a los pabellones a buscar entre sus compañeras con quién conversar, en quién apoyarse para llevar sus síntomas (Testimonio de Azucena, taller de mapeo corporal, 12 de marzo 2020).

Somos guerreras: Blindar el cuerpo desde el relato sobre el dolor

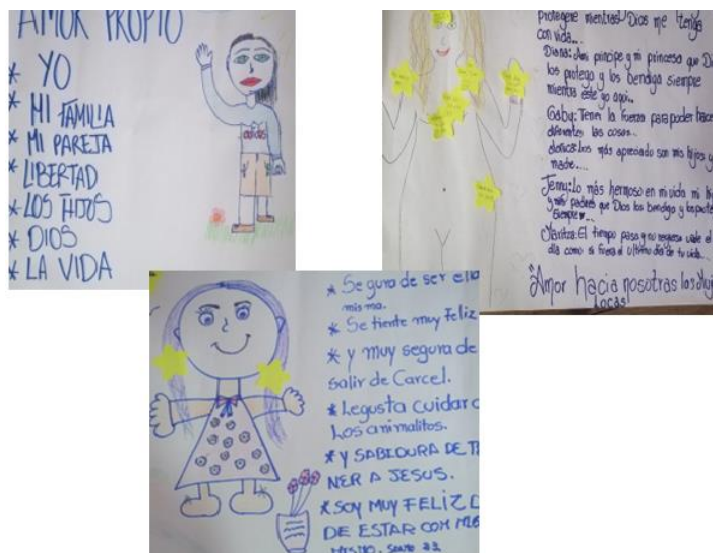
La figura 2.2. corresponde a los dibujos contruidos y discutidos entre las compañeras que asistieron al taller que realizamos días antes de que se decretara el periodo de aislamiento social, en la cárcel de Latacunga. La discusión sobre la cual fueron creados estos dibujos se

realizó a partir de las preguntas: ¿Cómo nos auto representamos como mujeres en el contexto de la prisión?; ¿Dónde ubicamos en nuestro cuerpo, los dolores que cargamos cada una?; ¿Quiénes nos sostienen y nos apoyan y en qué lugar del cuerpo les ubicamos?

Al inicio, la construcción de los dibujos fue difícil porque ninguna de las compañeras participantes tenía ánimos de participar. Algunas se me acercaron a decir que les habían obligado a venir al taller, y que solo porque era un requisito para las evaluaciones técnicas se habían decidido a participar. En ese momento caí en cuenta que debía redirigir la estrategia de mediación de este espacio e intentar trabajar a partir de la conversación cotidiana, sin forzar la realización de las actividades inicialmente propuestos. No era lo mismo analizar el tema de las violencias, el cuerpo y el acceso a la salud con mujeres hasta ahora desconocidas que, con Analía, a la cual ya llevaba un tiempo de conocer.

Opté por transparentar mis propias preguntas en el taller, hicimos un círculo y comenzamos a hablar de las actividades preferidas de cada una. Casi todas se sentían muy bien cuando bailaban, ya fuera en el grupo de baile oficial, o dentro de los pabellones. A partir de ahí comenzamos a hablar de nuestros cuerpos, y de cómo el encierro podía afectar o no las posibilidades de movernos y bailar. Conversamos sobre esto unos minutos, hasta que Gloria se animó a volver al papel y comenzar su dibujo. Poco a poco se sumó el resto, hasta que, minutos después, habíamos completado los autorretratos de todas.

Un rasgo común de todas las ilustraciones es que muestran a mujeres sonrientes, y en casi todos los casos, con sus brazos abiertos. Se definen a sí mismas como "guerreras", "muy seguras de que van a salir de la cárcel," y confiadas en que son mujeres fuertes que resistirán la experiencia del castigo penal (Diario de campo, 12 de marzo 2020). Al hablar de sus dibujos, se concentraron en resaltar la fortaleza y la felicidad con la que se representan a sí mismas.



Fotografía 2.1 Auto representación corporal de Lucero, Gloria y Azucena

Fuente: Fotografías tomadas durante el taller de auto representación corporal en CRS Cotopaxi, marzo 2020.

Una de ellas, “Gloria”, se dibujó desnuda, aduciendo que, en medio del encierro y la soledad, sentir su cuerpo desnudo la hacía sentir libre, aunque fuera un momento que durara poco. (Testimonio de Gloria, marzo, 2020) “Ale” dijo que ella busca proyectar buen ánimo frente a las compañeras a través de su vínculo con Dios y cultivando su amor propio. (Testimonio de Ale, marzo, 2020) “Lucero,” al igual que Gloria y Ale, se dibujó sonriente, inspirada en la sensación de fortaleza y compañía que siente todas las tardes después de rezar, antes de que cierren las celdas y deban marcharse a dormir. El optimismo caracterizó esa primera fase de reflexión, cuando compartimos cómo nos veíamos a nosotras mismas en relación con nuestro contexto de vida.

En sus dibujos persiste un relato común de fortaleza, construido desde las imágenes, sensaciones y emociones que las mujeres desean, pero que no necesariamente representan su realidad más inmediata. No es casualidad que, al momento de conversar sobre sus dolores, todas concordaran en que no habían pensado en qué parte de su cuerpo los acumulan. Cuando se dibujaron, dedicaron la mayor parte del tiempo a describir sus anhelos del futuro, las fortalezas que emergen de su cuerpo y cómo éste es nutrido por redes de apoyo que se centralizan en la familia y amistades que están fuera de la prisión.

Entre susurros y risas, Azucena mencionó que con sus compañeras de celda ha logrado construir un vínculo que le ha permitido mantener la calma en momentos en que la rutina del

encierro amenaza su salud mental (Testimonio de Azucena, 12 de marzo, 2020). En el grupo de baile, ha encontrado un espacio donde coloca sus angustias, incluso, cuando se siente enferma y sabe que el médico le va a negar la atención, recurre a ellas. Según Gloria, se conocen poco entre ellas, pero adentro, se apoyan cuando alguna lo necesita: “la que tiene visita siempre se ofrece a ayudarlo a las que no tienen, ayudándoles con el ingreso de medicinas, de alguna cosa de aseo que ya no tengan, a veces hasta nos ofrecemos a ponerles para el economato.”²² Todas sabemos lo que es estar presa como para no ayudarnos” (Testimonio de Gloria, 12 de marzo, 2020).

Ale interrumpe a Gloria para mostrar su apoyo a lo que está diciendo. Añade que los vínculos que construyen duran lo que dura el paso de las mujeres por la prisión, y que en muchos casos, no se vuelven a ver cuando salen libres. Sin embargo, a pesar de la brevedad de aquella compañía, la relación entre compañeras se construye como posibilidad para un tejido efímero, pero de un efecto sanador entre las mujeres. En este sentido, la “otra” adquiere el significado de aquel refugio que, en términos espaciales, se diluyó con la implementación de un orden penitenciario regido por la separación y el aislamiento (Diario de campo, 12 de marzo 2020).

Al conversar sobre el sentido de la compañía en prisión, emergieron otros significados en torno al dolor que no habían sido posicionados en los mapas corporales. La reflexión les llevó a hacer un recuento de experiencias cotidianas que les han hecho recurrir a otras compañeras frente a la sensación de angustia, temor y desesperanza. El miedo de morir o enfermarse solas, sin acceso a atención médica permanente y de calidad, surgió como una idea común en todos los testimonios: “Si el coronavirus entra, y nos contagiamos, seguramente nos vamos a morir y nadie se va a dar cuenta. Dicen que ni siquiera nuestros familiares se van a enterar. Ese es el miedo, que si aquí nos enfermamos, no hay cómo salvarnos porque no hay recursos” (Testimonio de Ale, marzo 2020).

Al hablar del dolor, mencionaban el temor: a enfermarse, a la soledad, al aislamiento y no tener la certeza de cuándo sería el día en que saldrían en libertad. ¿Dónde se ubica este miedo? - les pregunté. Casi todas señalaron la zona del pecho en sus dibujos, pero Ale señaló sus piernas:

²² El economato es el sistema de abastecimiento de víveres y artículos de aseo personal que se utiliza en los centros de rehabilitación social. A través de cuentas que se manejan con depósitos de dinero desde el exterior, las personas en prisión pueden hacer compras dentro de la cárcel.

“El miedo no nos deja caminar. Y eso sentimos aquí, que no podemos caminar”. Por esa razón, se había dibujado con una pierna más corta de la otra, una, que le permitía avanzar, y otra, con la que se sentía frágil y vulnerable (Diario de campo, marzo 2020). Con la que avanzaba, se sentía fuerte, porque además, era movida por muchas compañeras con las socializaba a diario. En cambio, aquella pierna corta, inmóvil, representaba en conjunto de carencias y órdenes institucionales que atravesaban su vida cotidiana. Era la familia, los y las amigas, y en general, los vínculos trenzados en el adentro y el afuera, los que les permitían gestionar una resistencia sostenida al régimen que gobierna la cárcel. En esta interacción, las mujeres identifican una sensación de bienestar que asocian con estados favorables de salud. En esta asociación, rompen la dicotomía entre la dimensión física y emocional para integrarla en torno a la sensación de bienestar (Diario de campo, 12 de marzo 2020).

5. Conclusión

Era la semana seis de aislamiento cuando el Vicepresidente Otto Sonnenholzner reiteró el llamado a la unidad nacional como estrategia para vencer al COVID-19 que ya cobraba más de 800 personas fallecidas oficialmente por la enfermedad (Ministerio de Salud Pública 2020). Apelaban a la *comunidad* como una fuerza colectiva que, con organización y disciplina, podría mitigar los efectos del contagio. Era a través de un acuerdo social de mutua vigilancia que podían sostenerse las medidas de aislamiento y distanciamiento propuestas por las autoridades de salud. El llamado era para que esa comunidad se mantuviera garante de que los sujetos que la conforman permanecieran en sus casas, protegiéndose, pero también, controlando que los otros miembros del grupo hicieran lo mismo. Aquello era la base de la solidaridad a la que apelaban las instancias del gobierno.

En nombre de la comunidad se promulgaba el aislamiento y la individualización de las relaciones sociales. La noción de colectivo nacional, anclado en la idea de ciudadanía no hacía más que fortalecer un mecanismo de selección de aquello que estaba dentro de la unidad y lo que quedaba fuera de ella. El escenario concordaba con aquel que planteaban algunos teóricos de la biopolítica (Foucault 2006; Esposito 2009) que habían profundizado la línea analítica planteada por Foucault: no había poder externo a la vida, ni vida que fuese posible por fuera de las relaciones de poder.

Era el rostro más evidente del estado penal; aquel que se muestra a lo interno de las prisiones, en la construcción de una forma de relacionamiento que transita entre el control total de los cuerpos y su abandono selectivo. Esto, que a partir de los testimonios del taller de mapeo corporal, y el acompañamiento de Analía pude identificar, agrava las condiciones de vida de la gente en prisión, con un efecto diferencial en los cuerpos de las mujeres que tradicionalmente cargan el peso del sostenimiento de la vida en sus -muchas veces extensos, grupos familiares.

El contexto de la pandemia no hace más que agravar esta relación, que muestra cómo, a pesar de promulgar un discurso normativo favorable a los derechos humanos de la población penal, la gestión más cotidiana de la emergencia devela una continuidad de la violencia de estado contra estos grupos. Falta de recursos, débil ejecución de los protocolos preventivos, y fundamentalmente, el silencio de las autoridades respecto de la necesidad de liberar población de riesgo, dan cuenta de que, en la práctica, esta población está lejos de ser un grupo de atención prioritaria para el estado.

En este sentido, se visibilizan los efectos de la criminalización, el empobrecimiento y la racialización histórica a través de la cual se organiza el gobierno de la pobreza no solo en Ecuador, sino en América Latina (Segato 2007). Detrás de la condición de vulnerabilidad a la que apela la normativa que les protege, se encarna la producción social de una población cuya ciudadanía nunca llega a completarse, y a la cual les son suspendidos sistemáticamente sus garantías fundamentales.

La profundización del aislamiento adquiere un nuevo significado durante la emergencia sanitaria: la pérdida del contacto con el afuera, en nombre de la prevención, supone la pérdida de un vínculo central para el sostenimiento de la vida de grupos familiares completos que, por las condiciones históricas- estructurales, se encuentran mayormente expuestos al contagio, la enfermedad y la muerte. La suspensión de la visita, bajo el pretexto de la excepción, trasciende el significado preventivo con el que originalmente se promulga y se materializa en un mecanismo de violencia que profundiza la ruptura del tejido social: de ahí que en las protestas que se reprodujeron en las cárceles durante el periodo de análisis, la consigna por la justicia, los derechos y el temor de morir en aislamiento fueran los principales mensajes. Esto, complementado con la falta de recursos materiales para enfrentar

la pandemia, configuran las cárceles como espacios que se vuelcan, ya no solo al gobierno de la vida, sino también, a la gestión política de la muerte (Mbembé y Meintjes 2017).

No se trata de una política visible exclusivamente en la dimensión de la salud. Las imbricaciones entre la gestión pública de la enfermedad, el modelo económico impulsado por el gobierno y la construcción de un discurso político de unidad nacional en medio de la crisis son piezas claves del ensamblaje de esta biopolítica latinoamericana que se reproduce actualmente en el Ecuador. El relato de austeridad, falta de recursos y crisis general legitima la idea de que se debe seleccionar entre a quienes se protege y a quiénes se les desposee de esa protección legitimándose en un contexto de aparente temporalidad que termina siendo permanente. Esto, que profundizo en los siguientes capítulos, da cuenta que el brazo penal del estado se produce como sentido común ya no solo en las cárceles, sino también, en la gestión de los servicios públicos como la salud y la seguridad social.

La prisión, las calles, y todos esos espacios en las que cobran vida las dinámicas paralegales e ilegales de subsistencia, se torna lugares privilegiados para el abandono estatal en términos de protección y garantía de condiciones dignas para el sostenimiento de la vida. Esto lo demostró la reacción de gran parte de la opinión pública cuando planteamos la acción de inconstitucionalidad para solicitar la inmediata excarcelación de poblaciones vulnerables en el contexto de la pandemia: “que el estado no invierta recursos en los delincuentes, “nos estamos muriendo, y dejan salir a los mafiosos para que haya más delincuencia. Este país no da más”, eran algunas de las frases que circulaban en las redes sociales (Diario de campo, 26 de abril 2020).

El nuevo modelo de gestión penitenciaria, que se erige a través de la construcción de los megacentros penales y la consolidación de una administración securitaria de la justicia se asienta como parte del dispositivo institucional que resguarda la inmunización de la ciudadanía a través del confinamiento de los *otros* que, amparados en el ordenamiento legal, merecen ser castigados. En ese sentido, la falta de acceso al derecho a la salud dentro de los contextos penitenciarios no hace más que agravar el castigo hasta convertirlo en un padecimiento encarnado que profundiza la violencia de estado ejercida sobre estas poblaciones. Detrás de esta política, que parece definirse en términos de vida y muerte, se gesta la decisión selectiva de cuáles subjetividades son politizables y cuáles no. Quiénes son

o no sujetos de derecho, es una decisión que atraviesa la comprensión de todos esos territorios difusos que se producen en los márgenes del estado.

Ahí, donde el poder sobre la vida pareciera ser implacable, la voz polifónica de las mujeres da cuenta de un proceso de comprensión del dolor que les permite resistir el encierro y el abandono estatal. En esta relación, la negación del dolor, el vínculo con la espiritualidad, y el anhelo de la libertad se despliegan como estrategias de sobrevivencia que se sostienen de la idea de que aquello que resisten es temporal, que la libertad vendrá; aun y cuando fuera de prisión, vayan a encontrarse con la continuidad del castigo. Esas son sus estrategias cotidianas de resistencia, que poco pasan por la reflexión política, o la producción de un lenguaje crítico y beligerante en contra del estado, sino más bien, por el fortalecimiento de las relaciones entre ellas que les permiten sostener espacios de "de escape" donde la espera por la libertad se lleva de mejor manera. En ese contexto, la negociación con los guías, y demás funcionarios de la prisión, resulta central para mantener funcionando estas actividades de dispersión y encuentro colectivo.

En medio del intento inmunizador y la expulsión de estas subjetividades al espacio de lo punible, en un contexto de continua exposición a la muerte, las mujeres han logrado construir redes de cuidado y cooperación que les permiten resistir al continuo de desigualdad que atraviesa su vida. En medio del encierro y el despojo, dentro y fuera de prisión, este tejido fragmentado, diverso y contingente, parece sostener a los cuerpos que, desde la razón de estado, han sido producidos históricamente como amenaza al orden y al progreso (Aguirre 2016; Goetschel 2019; Coba 2010). En medio de la violencia legitimada por la excepción, se producen diálogos y auto representaciones del cuerpo que visibilizan el hecho de que ahí, donde se acumulan los cuerpos desechables, que no son sujetos de la política de estado, se gestan condiciones de posibilidad para sostener vínculos (Marchese 2019; Rivera Cusicanqui 2019). Al situarnos desde sus historias y experiencias, es posible agrietar la *unidad* con la que se presenta aquella comunidad nacional que históricamente ha separado a los sujetos que ella misma produce al margen de *la política* (Rivera Cusicanqui 2019).

Capítulo 3

La diálisis y la politización de la catástrofe

El riñón comenzó a fallarle mucho antes de que llegara el diagnóstico oficial, en el año 2017. Inició como una molestia en su espalda que rápidamente se volvió crónica. Un día, el dolor fue tan fuerte que no le permitió levantarse de la cama. Fue entonces cuando acudió al encargado del área médica de la cárcel de Cotopaxi y le insistió que necesitaba ser trasladada a un centro de atención médica. Llegó en ambulancia al Hospital General de Latacunga, donde permaneció internada cuatro días.

Desde ese momento y hasta la actualidad, la vida de Analía depende de una máquina que limpia su sangre durante tres sesiones semanales de tres horas y media cada una. Le llaman "terapia de hemodiálisis," aunque en sus propias palabras, es "la tortura a la que se somete para mantenerse con vida" (Silva, diario de campo, octubre 2019). En los últimos cuatro años, ha transitado por hospitales de segundo y tercer nivel, clínicas, y centros de salud que, sistemáticamente, intervienen su cuerpo para sostener su sistema renal. Los pinchazos, el catéter, los moretones acumulados alrededor de la clavícula y la sensación constante de fatiga muscular se inscriben en ella como una trayectoria de vida que pasa por la prisión, la clínica y la calle. Ese recorrido llega al presente, en un contexto de pandemia que visibiliza, no solo la fragilidad del sistema público de salud sino también, la profundización de las lógicas de exclusión que han caracterizado históricamente la gestión estatal de las desigualdades sociales (Ver capítulo 2).

La política del "quédate en casa"- decretada por el gobierno ecuatoriano como principal medida de protección al contagio por COVID-19, implicó para Analía el encierro indefinido y la imposibilidad de trabajar por el tiempo que durara la cuarentena. La falta de atención médica efectiva, sumado a las condiciones materiales de precariedad, intensificaron su necesidad de persistir en la lucha por asegurar condiciones de vida digna frente a la enfermedad, la pobreza extrema y el riesgo de morir por aquel nuevo virus respiratorio. Durante este periodo su cuerpo toca un nuevo límite del dolor, que pasa por la experiencia del aislamiento social, el temor al contagio, la profundización de la pobreza y el deterioro de su condición de salud.

En el capítulo anterior, profundicé en las condiciones políticas sobre las que se ensambla el estado penal en Ecuador, haciendo especial énfasis en la gestión selectiva de la salud y la enfermedad en entornos penitenciarios y especialmente, durante el contexto de emergencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19. Comprender la cárcel como un espacio que se sostiene de la normalización de la excepción y el ejercicio cotidiano de la violencia, da pie a la reflexión sobre cómo el entorno penitenciario produce y reproduce las desigualdades históricas de género, raza y clase. Los discursos y prácticas gubernamentales sobre la enfermedad en estos espacios suponen la ejecución de una política de cuidado selectivo signada bajo la idea de protección estatal de una “comunidad” nacional que excluye de sí misma a los sectores populares, precarizados y empobrecidos (Esposito 2012).

Para la elaboración de este capítulo tomo como clave de ingreso la experiencia de enfermedad de Analía y el proceso de politización que emerge de las disputas que ella libra por la autonomía de su cuerpo en contextos de sujeción.²³ “La diálisis”- esa rutina que llega a insertarse en su vida como un espacio más de intervención tutelar, se convierte en un nuevo campo de conflicto desde donde ella problematiza la justicia de estado, en estrecha relación con su condición de salud. Es además un terreno de análisis desde donde se visualiza la porosidad de los límites de la prisión, que superan la noción física del espacio carcelario y se expanden socialmente a través del estigma y la criminalización cotidiana de la pobreza.

En contexto de pandemia, esta disputa se recrudece y acentúa la vulnerabilidad de su cuerpo frente a la muerte. A través de la categoría *cuerpo-territorio* abordo esta experiencia como un evento que sistemáticamente pone en juego la tensión entre el poder-saber médico y los significados sobre la justicia y la enfermedad que reproduce Analía. En esta tensión, se cristaliza el funcionamiento del gobierno biopolítico analizado en el capítulo anterior, solo que esta vez, visto desde la escala de lo micropolítico, a través del análisis de los expedientes médicos, su testimonio y la observación participante que emprendí por seis meses en la clínica a la que asiste y que se vio intensificado durante la emergencia sanitaria (marzo-julio 2020).

²³ Entiendo por “contextos de sujeción” aquellos entornos que atraviesan la experiencia de vida de Analía en los que su cuerpo se encuentra sujetado a un determinado régimen tutelar. Escojo la clínica y la cárcel como los dos contextos de sujeción centrales que potencian el desarrollo de un pensamiento político crítico de la justicia de estado

Parto de la reflexión que realiza Gago (2019) sobre el potencial analítico que emerge al romper los límites divisorios entre el cuerpo y el territorio, sobre todo, al momento de comprender el funcionamiento de procesos históricos de desposesión y violencia:

Cuerpo-territorio compactado como una misma palabra nos obliga a pensar también que no hay nadie que carezca ni de cuerpo ni de territorio. No hay falta y eso permite iluminar de otro modo los procesos de desposesión. Es el movimiento inverso a la propiedad privada, donde siempre se tiene que adquirir lo que no se tiene. Lo que ese movimiento, que parte de la falta, oculta, es la expropiación primera que la encubre, y la postula como origen (Gago 2019, 91).

Esa noción de *falta* que apunta Gago, es la que justifica el constante castigo moral que extiende la condena penal de Analía fuera del contexto de prisión; castigo que reprende su decisión de disputar los sentidos comunes en torno a los roles tradicionales de género, asignados por las estructuras de poder colonial y capitalista que se plasman en el accionar de las instituciones estatales del Ecuador (Goetschel 2019; Aguirre 2019; Coba Mejía 2015).

El argumento del texto versa sobre la idea de que, desde la experiencia de padecimiento de una enfermedad catastrófica en estado terminal, es posible problematizar la continuidad de las prácticas de criminalización que atraviesan su historia de vida, tanto dentro como fuera de prisión. En la articulación de los espacios penitenciarios y de atención médica, visibilizamos que la gestión de la salud es un territorio más, en donde se disputa el gobierno sobre la vida de las poblaciones, enmarcado en un proceso acelerado de mercantilización de la salud pública. En este contexto, tradicionalmente entendido desde la subordinación, Analía resignifica el dolor y la enfermedad como núcleos de politización.

Al igual que en el capítulo anterior, inicio con una sección de contexto, en la cual indago en los principales rasgos de la enfermedad que padece Analía, en relación con el relato que ella construye sobre los síntomas y evolución del padecimiento. Seguidamente, elaboro las dos secciones de hallazgos del capítulo que profundizan en el análisis de la información previamente recopilada. Concluyo con una discusión en la que enlazo estos resultados con el debate teórico del *cuerpo-territorio* en el contexto de medicalización.

1. La enfermedad como síntoma de la desposesión

Antes de tener el diagnóstico, Analía señala que no sabía para qué servían los riñones. Fue hasta que se multiplicaron los dolores en el torso, la falta de apetito y el malestar general, que comenzó a averiguar entre los pasillos de la cárcel cuál podría ser la causa de sus síntomas:

No sabía lo importante que era el riñón hasta que me comenzó a fallar. Cuando me dijeron que el dolor de espalda era por eso y comencé a preguntar, entendí que lo que me estaba fallando era el filtro del cuerpo. ¡Imagínate! toda esa suciedad que acumula la sangre necesita limpiarse, eso hacen los riñones. A mí ya no me funcionan, y entonces lo que antes hacían ellos ahora lo hace esa máquina. Pero esa máquina te va succionando la vida ... se lleva todo, lo bueno y lo malo de la sangre. Yo nunca hubiera pensado que dolía. Me asustaba el corazón, el hígado, pero nunca pensé en esto. Ahora veo que esto me puede llegar a dañar todo el cuerpo. Es una muerte lenta y dolorosa. Igual o más dolorosa que la misma cárcel (Silva, en comunicación con la autora 12 de junio 2020).

A pesar de que en los expedientes clínicos, el contexto social de la evolución su salud quedaba prácticamente invisibilizado, en las memorias sobre su vida, encontré algunas pistas para barajar la tesis de que había un vínculo entre el deterioro de su cuerpo y las condiciones en las que había vivido desde pequeña: empobrecimiento extremo, callejización temprana, falta de acceso a agua potable, alimentación de mala calidad, sobrexplotación laboral, encierro penal reiterado y falta de atención médica, se reflejaban en el colapso de sus riñones.

En la ilustración 2, se muestran tres imágenes que ilustran la apariencia del riñón en tres niveles distintos de la insuficiencia renal. Los de Analía se asemejan a la ilustración de la derecha, pues en este punto, han disminuido su tamaño, tienen una textura corrugada y han perdido la capacidad de filtrar la sangre del cuerpo.

Gráfico 3.1 Riñón afectado por la insuficiencia renal



Fuente: Insitituto de Atención Renal Especializada (IAIRE), Quito 2020

“Enfermedad renal crónica”(ERC) - como se le llama en el lenguaje técnico, es una patología clasificada como catastrófica por sus efectos bio-psicosociales, alta tasa de mortalidad, años de discapacidad y costos del tratamiento. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la ERC es la cuarta causa de mortalidad ajustada por edad, por encima del cáncer y la diabetes. Es reconocida como una de las enfermedades más complejas de tratar por “la referencia tardía o en estadios avanzados, ausencia de programas de identificación precoz en personas con factores de riesgo para ERC, falta de médicos especialistas y limitación de opciones terapéuticas” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, 18).

Según la normativa médica internacional, esta condición entra en el grupo de padecimientos *catastróficos*. La idea de *catástrofe* da cuenta de la complejidad de la enfermedad no solo en términos físicos e individuales, sino también en relación con los contextos socioeconómicos, familiares y psicoafectivos desde donde se produce.²⁴

Tal y como lo establece Tobar (2014):

²⁴ De acuerdo con el médico e investigador ecuatoriano, Xavier Maldonado (comunicación personal 15 de agosto 2020), es pertinente aclarar que sobre la categoría de “enfermedades catastróficas” se puede generar una amplia discusión sobre los límites de la gestión pública de la salud, en la medida en que engloba una gran cantidad de padecimientos, muy diversos y con alcances diferenciados entre sí. Dicho esto, aclaro que para el caso específico de esta investigación, la noción de enfermedad catastrófica que plantea Tobar (2014) resulta útil al momento de discutir la economía política de la salud en Ecuador, durante los últimos 15 años, específicamente, desde la imbricación de los intereses privados en las políticas de atención de condiciones como la insuficiencia renal crónico-terminal.

Hay un conjunto limitado de enfermedades que no solo matan o incapacitan a quienes las padecen sino que además empobrecen a estas personas y sus familias. La investigación y el desarrollo tecnológico se centran en ellas y, hasta el momento, los avances en los tratamientos son importantes pero, en general, se limitan a cuidados paliativos que resultan alentadores, pero cada vez más caros. Aparece entonces un doble problema: si el paciente no es tratado, se priva a un ser humano del acceso a un tratamiento de vanguardia y se lo condena a un deterioro progresivo de su salud y de su calidad de vida. Pero si él o su familia deben costear este tratamiento, pueden caer en la pobreza. Por eso, las denominadas “enfermedades catastróficas” configuran un problema que no es solo médico, ni siquiera solo sanitario, sino que configura un complejo desafío económico y social que requiere su consideración y tratamiento desde las políticas públicas (Tobar et al. 2014, 13).

De acuerdo con investigaciones realizadas desde la nefrología, para el contexto de países no desarrollados, la ERC tiene prevalencia significativa en poblaciones con bajos ingresos económicos, bajos niveles de escolaridad y con mayor riesgo de presentarse en grupos afrodescendientes (Ludivina y Sabath 2016, 577; Chonata 2012). Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, la prevalencia de insuficiencia renal en América Latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015). Para el 2019, en Ecuador se registraba un aproximado de un millón de personas con algún nivel de daño renal (García 2019). Entre un 20% y un 35% de esta población se encontraba en un rango de edad mayor a los 50 años y un 25% era ubicado entre los 25 y los 39 años (García 2019).

Además del impacto físico en el cuerpo, este padecimiento tiene un efecto directo en las economías domésticas y familiares de los sectores populares que concentran el grueso de la población enferma (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015). En promedio, ellas y ellos deben gastar un aproximado de veinte dólares semanales en medicinas, y sumar el gasto en abastecimiento de frutas, verduras y carnes bajas en grasa. Cuando el nivel de discapacidad asciende al 80%, la mayoría pierde la capacidad trabajar y depende en mayor grado, de la ayuda social del estado, los apoyos que obtengan de redes familiares y barriales y-o, los sistemas de endeudamiento que se generan con los prestamistas informales. Analía, por ejemplo, dice haber recurrido a diversas fuentes de financiamiento, legales e ilegales, pues sin estos apoyos no sería posible para ella seguir asistiendo a la diálisis (Silva, diario de campo, diciembre 2019).

Según Tobar (2014), el análisis del comportamiento epidemiológico de los padecimientos catastróficos comprueba que existe un vínculo indisoluble entre la gestión de la salud y la concentración desigual de recursos:

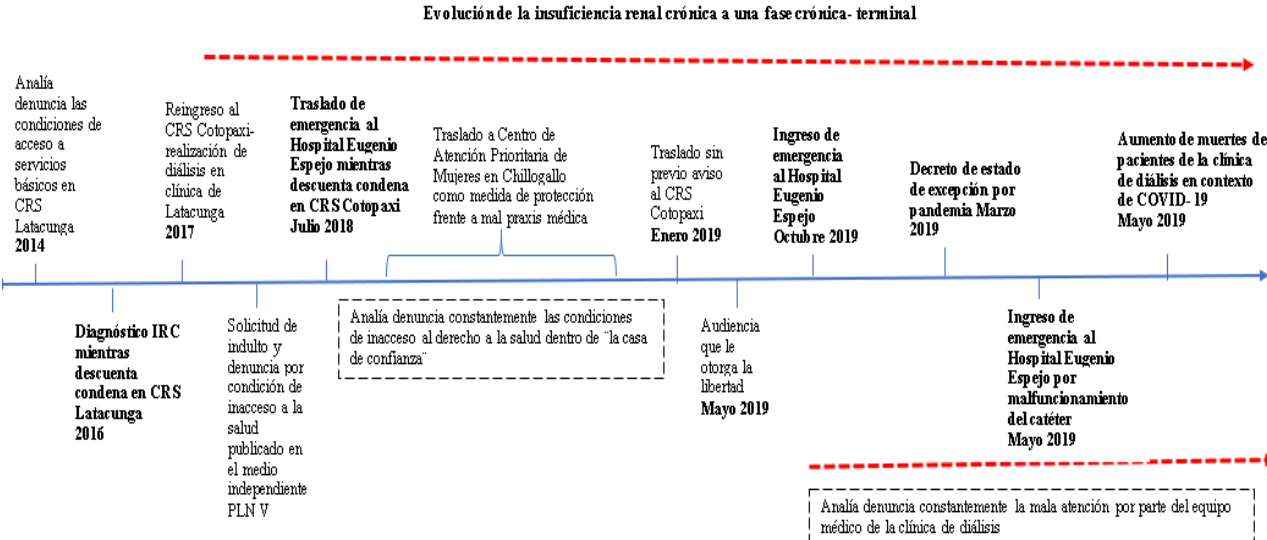
Desde la salud pública en general y el paradigma que en América Latina recibió el nombre de “salud colectiva” en particular, se comprobó y denunció que problemas como la pobreza, la exclusión y la desigualdad constituyen poderosos condicionantes de la salud y hacen que la salud y la enfermedad se distribuyan dentro de la sociedad de un modo que refuerza los patrones de distribución de la riqueza. Es decir que, aunque las conquistas en términos de resultados de salud son notables, la distribución dentro de la población se concentra tanto o más que la riqueza (Tobar et al. 2014, 15).

Cada paciente le cuesta al estado un aproximado de \$112 por sesión de tratamiento. Dada la incapacidad del Ministerio de Salud de enfrentar estos costos y satisfacer la demanda creciente de esta terapia, se optó por consolidar un modelo de tercerización del servicio de diálisis a clínicas privadas fiscalizadas por el estado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 3). Así, se cristalizó la transición hacia un modelo de atención médica que mezclaba las esferas público-privadas bajo el discurso político de fortalecimiento de la inversión en salud en un primer momento (periodizado en el marco de la Revolución Ciudadana) y en un segundo momento, bajo la idea del desfinanciamiento y la austeridad como medida de protección de la salud en un contexto de crisis económica (ubicado en las políticas económicas promulgadas por el gobierno de Moreno Garcés) (Dávalos 2016; Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015; Arteaga, Cuvi, y Maldonado 2017; Báez 2020).

Mientras estuvo privada de libertad, la tutela de la enfermedad de Analía estuvo a cargo de la institucionalidad carcelaria. Tal y como lo establece el modelo de gestión penitenciaria (2012), es el Ministerio de Salud quien administra las citas, evaluaciones y seguimiento de los pacientes con la intermediación de las autoridades de cada centro penal. Una vez libre, esta intermediación se elimina y es la persona interesada la que debe actualizar el protocolo de seguimiento de su enfermedad directamente con la dirección zonal y la clínica de diálisis a la cual es asignada. Dada la creciente demanda de tratamiento y la incapacidad de esta cartera de asumir el aumento de pacientes, la mayoría de estas asignaciones se dirigen a centros de atención privados.

De acuerdo con la ilustración 3, entre el 2017 y el 2019, Analía circuló entre la prisión de Latacunga, la clínica de diálisis de esa ciudad, el Hospital Eugenio Espejo, el Centro de Atención Prioritaria Femenino localizado en Chillogallo, de regreso a la prisión de Latacunga y finalmente, a la clínica de diálisis privada en Quito, donde retomó su tratamiento una vez que salió en libertad, en mayo del 2019 (Consejo de la Judicatura 2019, Historia clínica del Hospital Eugenio Espejo 2020). Hasta esa fecha, la evolución de su condición física estuvo marcada por la vida en encierro, con breves periodos en los que estuvo fuera de prisión. Entre los traslados de cárcel, la sujeción al nuevo régimen de las prisiones, el ingreso al centro penal modelo de aquella "nueva" forma de gestionar el castigo, el encierro, la falta de agua potable, la mala alimentación y la perenne condición de aislamiento, los riñones de Analía llegaron a colapsar (Morán Susana para Plan V 2018a, 2018b).

Gráfico 3.2 Cronología de la enfermedad



Fuente: Datos tomados de la investigación

Desde ese momento y hasta ahora, su salud ha sido significativamente debilitada. Se ha acelerado la frecuencia con que ingresa al hospital con alguna complicación y su riñón ha perdido casi totalmente, la capacidad de respuesta:

¿Qué significan los riñones?, Pues, a mí el riñón me habla. Me dice que tengo un cuerpo que ha vivido mucha injusticia. Tengo cicatrices pero también tengo recuerdos de todo lo que yo quería o tuve y ya no tengo. Porque estoy enferma, porque no tengo plata para llevar bien la

enfermedad y poder irme de la clínica cuando me maltratan. Yo no me quedo callada, porque me duele. Me duele que crean que uno por ser pobre y haber estado preso tiene menos derechos. Te juro que solo quiero escapar. Si yo estuviera sana con un carro me fuera, sin rumbo” (Silva, comunicación telefónica, 6 de mayo 2020).

Cuando se decretó la emergencia sanitaria por coronavirus su situación empeoró, pues, aunado a su discapacidad física, perdió la posibilidad de trabajar y tuvo que resguardarse en su casa por más de cuatro meses, cuidándose del contagio. La enfermedad catastrófica con la que vivía desde el 2016 se expandió a todas las dimensiones de su vida:

La catástrofe es que esta enfermedad te lo quita todo. Ya no puedo trabajar, y por esto de la pandemia tampoco puedo salir a vender mis tejidos. Sé que si salgo y me contagio me puedo morir porque mi cuerpo está débil. ¿Cómo no va a estar débil después de tanto pinchazo, tanta pobreza, tanto maltrato? (Silva, conversación telefónica, 6 de mayo 2020).

Mientras estuvo privada de libertad, se quejó por no tener los requerimientos nutricionales adecuados para mantener regulado el nivel de sodio y potasio en la sangre. La comida era poca, pero una vez que mejoró el sistema de abastecimiento dentro del centro, tuvo acceso a las porciones de proteína, vegetales y carbohidratos, acordes a la dieta remitida por el nefrólogo. Una vez libre, ya no tenía a quién reclamarle por la calidad de su alimentación.

Cuando se decretó el aislamiento social, a inicios del 2020, no tenía cómo comprar la comida que necesitaba; no podía salir y, por lo tanto, tampoco podía trabajar. Solicitó varias veces el bono solidario que creó el estado para atender a la población de atención prioritaria, pero nunca obtuvo respuesta. En un par de ocasiones, recibió una donación de alimentos con la que tuvo que sostenerse por al menos dos semanas. Las canastas incluían frituras, dos latas de atún, tres paquetes de pasta, dos colas, jugos de fruta azucarados, papas, leches saborizadas y golosinas (Diario de campo, 18 de mayo 2020). Todas estas comidas eran altas en azúcares y sales y evidentemente iban a afectar el funcionamiento de sus riñones, justo en un contexto sanitario que la obligaba a cuidar su alimentación y fortalecer su sistema inmunológico.

Claramente, esta experiencia mostraba la porosidad de un límite que jurídicamente separa el castigo penal de la condición de libertad. El castigo, lejos de acabar con la finalización de la

pena, puede materializarse en la imposibilidad de acceso a derechos fundamentales como la salud, la alimentación y el trabajo.

No es solo el caso de Analía; ésta es la situación de cientos de personas excarceladas que habitan en condiciones de precariedad, agudizadas por el contexto de la pandemia.²⁵ Su cuerpo refleja la historia de muchas y muchos otros sujetos empobrecidos que sortean este contexto padecientes de alguna condición crónica o terminal. Cuerpos históricos, situados y sitiados por el entramado de relaciones de castigo y abandono legitimadas por las instituciones públicas. Territorios que superan el confinamiento individual y dan cuenta de los engranajes multiescalares desde donde se puede analizar la desposesión (Gago 2019, 91; Marchese 2019).

2. La condena médica y la institucionalización del sufrimiento

En plena pandemia, las clínicas comenzaron a desabastecerse. Las y los pacientes no solo tenían que comprar sus medicinas, sino que ahora debían realizarse pruebas de COVID-19 de manera quincenal como requisito para poder asistir a sus diálisis. Cada prueba costaba aproximadamente veinte dólares, de manera que, al mes, cada paciente debía gastar 40 dólares adicionales a los gastos corrientes que supone el tratamiento. Eran tiempos de escasez. Para muchos, comprar la prueba era imposible, pero si no lo hacían, la alternativa que ofrecía la clínica era trasladarle a un horario en el que solo se atendían las personas con sospecha de haber sido contagiadas (Diario de campo, julio 2020).

La desarticulación institucional era evidente. Del Ministerio de Salud Pública no se planteaba ninguna medida que facilitara el acceso de las y los pacientes de las clínicas de diálisis a pruebas rápidas gratuitas; la única opción era moverse a los hospitales de tercer nivel donde semanalmente se instalaban toldos especiales para esto, en medio del constante entrar y salir

²⁵ Durante este periodo, la organización Mujeres de Frente consolidó una red de cuidado, acompañamiento y redistribución de recursos conformadas por 60 mujeres atezadas por el ejercicio del control punitivo del estado. En ese momento yo formaba parte de la asamblea de gestión y por más de siete meses pudimos acompañar las distintas situaciones de emergencia que surgieron a lo interno de esta red, todas asociadas a los efectos de exclusión, castigo y abandono estatal de los sectores populares, empobrecidos y racializados (Diario de campo, 2020). Esta experiencia nutre una reflexión de larga data en torno a los dispositivos de control y las prácticas que despliega históricamente el estado ecuatoriano como parte del gobierno de la pobreza (Aguirre 2019, 2016; Gago y Cavallero 2019; Goetschel 2019; Coba 2004; Torres 2008). Esta información se complementa con los datos presentados por el Observatorio Social de Ecuador, en su artículo "El acceso geográfico desigual a la salud en Ecuador" (Velasco, Hurtado, y Tapia 2020b).

de camillas con pacientes enfermos. El modelo de tercerización develaba sus falencias en un contexto de emergencia en el que, resultaba fundamental, que los grupos de atención prioritaria por padecimientos catastróficos contaran con la atención requerida en salud. Desde finales del 2019, la prensa publicó una nota sobre la deuda del estado a las clínicas que atienden a los pacientes con enfermedad renal. Diecinueve centros reclamaban un pago pendiente por diez millones de dólares:

Los kits de diálisis son sumamente costosos. Por cada sesión son USD 112. Un filtro, por ejemplo, está valorado en USD 40. Además, hay que sumar los exámenes como radiografías y ecografías que también son parte del tratamiento (Testimonio anónimo de la dueña de un centro de diálisis en: Paucar junio 2019).

El atraso en los pagos del estado a los centros de diálisis se utilizaba como justificante para sortear las crecientes denuncias de pacientes y sus familiares respecto del deterioro de los servicios brindados (Ponce 2020; Sotomayor 2020). Se sumaban a ellos los y las trabajadoras de las clínicas a las cuales se les adeudaba parte de su salario: “Exigimos el pago de los 180 millones de dólares que se nos adeuda a 85 centros de diálisis a nivel nacional que damos atención a más de 14.500 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”, afirmó una de las representantes de la asociación de clínicas de diálisis para el diario Expresso (Sotomayor 2020).

Los costos de la enfermedad aumentaban en un contexto de aislamiento, crisis económica y colapso del sistema público de salud. ¿A quién se le reclama? - preguntaba Analía, “vas a reclamar a la clínica y te dicen que ellos son responsables pero que sin recursos no pueden hacer nada, que si quiero respuestas vaya al Ministerio de Salud y de paso les pida que les paguen. Cuando voy, ahí me dicen que esto lo tengo que solucionar con la clínica” (Silva, diario de campo, setiembre 2020).

Se trataba de una problemática estructural que ponía a debatir el rumbo de la política social y sanitaria del país. Nuevamente, la pregunta de a quiénes proteger, y a quiénes se les dejaba a su suerte, direccionaba la gestión estatal de la vida y la muerte de la gente. La falta de recursos se había convertido en una excusa para librar de responsabilidad a los centros privados, fiscalizados por el estado. Así, se demarcaba una zona difusa de cooperación

público-privada en la que ninguna de las partes parecía tener capacidad inmediata de respuesta.

Por su parte, las clínicas aducían que se hacían cargo de lo que estaba en sus capacidades. Los protocolos de prevención se habían vuelto más rigurosos. Cada vez que Analía llegaba, lo primero que debía hacer era pasar por el proceso de desinfección establecido por el Ministerio de Salud. De ahí era llevada al segundo piso, en donde normalmente espera el turno junto al resto de pacientes. Ya en la sala de tratamiento, le realizaban las evaluaciones de peso y composición sanguínea previo al inicio de la terapia. Posteriormente, se conectaba a la máquina que limpiaba su sangre por cuatro horas. Durante este proceso:

La sangre pasa a través de un tubo hasta un riñón artificial o filtro. El filtro, llamado dializador, se divide en 2 partes separadas por una pared delgada. A medida que la sangre pasa a través de una parte del filtro, un líquido especial en la otra parte extrae los residuos de la sangre. La sangre luego regresa al cuerpo a través de un tubo. El médico creará un acceso donde se conecta el tubo. Por lo regular, un acceso estará en un vaso sanguíneo en el brazo (Revista Medicine Plus 2020, 8).

Las venas de Analía se habían debilitado. Cada vez era más complicado asegurar la colocación de su catéter que comenzaba a dañarse de manera recurrente. Cada catéter era un pinchazo, un hueco más en su cuerpo; una cicatriz que quedaría por meses hasta que se fuera borrando entre la oscuridad de su piel. La posibilidad de cambiar a otra forma de diálisis parecía inviable, pues el tratamiento a nivel peritoneal implicaba una inversión monetaria que la paciente debía asumir (Testimonio del médico tratante en diario de campo, agosto 2020).²⁶ Mientras sus venas le permitieran seguirse dializando en el centro, Analía debía aguantar el dolor y continuar su terapia de esta forma.

Cuando una entra a la sala de terapia, se encuentra varias máquinas, una cerca de la otra. Debido a que es una terapia larga y recurrente, es habitual que las y los pacientes conversen y entablen relaciones de confianza en medio de la rutina del traslado, la espera y la realización de la diálisis (Testimonio de un médico de la clínica, diario de campo setiembre 2019). El

²⁶ Ya había terminado la fase de trabajo de campo, pero continuaba comunicada con Analía, cuando se gestionó el paso al tratamiento peritoneal y el cambio de clínica de atención de diálisis.

miércoles 15 de junio, a Analía le cambiaron el turno y tuvo que asistir al de las diez de la mañana. Al salir, llamó para contarme que en la clínica ya reportaban veintiun muertes por COVID-19 y que, minutos antes, había visto morir a una compañera:

Yo estaba conectada a la máquina de diálisis con los compañeros que siempre van a esa hora. De repente, la señora de enfrente levantó la mano como llamando a alguien y comenzó a temblar y como que se desmayó. Y a mí me comenzó un temblor y un susto de pensar que algo estaba pasando que solo comencé a llamar a un enfermero, alguien que viniera a ayudar a la señora. ¡Nadie venía! Al rato llegó uno, se quedó mirando, salió. Luego regresó con otro, y con el doctor. Hicieron la maniobra de resucitación y de último vino la señora de la administración. Me dio mucho miedo y comencé a llorar. Fue muy impactante. Tuvieron que darme medicina y parar la diálisis antes. Yo no sé de qué murió, pero ya dicen que hay 21 que han muertos infectados. No quiero volver, no sé si yo soy la siguiente (Silva en comunicación con la autora, 14 de junio 2020).

Desde que se decretó el aislamiento, las conversaciones entre los pacientes de la clínica han girado en torno a la enfermedad y la muerte. Durante esos encuentros, es habitual que entre las y los compañeros se filtre el dato de las personas que han enfermado de coronavirus en ese centro. Muchos vienen de Chillogallo, una de las comunidades con mayor índice de contagios reportados desde el inicio de la pandemia (Ministerio de Salud Pública 2020).

De acuerdo con Analía, esos datos siguen creciendo, “al inicio yo no quería creer que fuera cierto. Pero después de ver morir a una compañera en frente mío, ahora sí creo que a todos los que estamos acá nos puede pasar eso en cualquier momento” (Silva, diario de campo, junio 2020). Aquella compañera no había muerto por COVID-19, sino más bien, producto de un paro cardíaco que resultó fulminante (Diario de campo, junio 2020).

Lo que resultaba claro de aquellas reflexiones producidas en conjunto por Analía y sus compañeros, es que la muerte era una condición posible, cada vez más cercana a sus vidas. En la ciudad de Guayaquil, se había reportado un contagio masivo; más de cien pacientes, incluyendo a uno de los médicos tratantes, habían resultado infectados (Redacción El Universo 2020c). En las capacitaciones preventivas, se les informaba de estos casos, como una estrategia para incentivar el “cuidado responsable” de todos los pacientes. Además, se les

recordaba que, a pesar de que se sigan protocolos de prevención estrictos, los centros médicos en general se constituyen como importantes focos de contagio.

Como agravante, debían asumir que en caso de enfermar por COVID-19, se enfrentarían con un sistema de salud colapsado, con unidades de cuidados intensivos (UCI) abarrotadas y escasas camas disponibles (Heredia 2020; Gonzalez 2020). A eso, se sumaba la fragilización de los servicios ofertados por los centros de diálisis. Según un reportaje especial realizado por el medio "Salud con lupa," "entre marzo y abril del 2020, 650 enfermos renales habían perdido la vida por no recibir su tratamiento a tiempo (...)" (Borja 2020). Desde que se decretó la pandemia, en la ciudad de Guayaquil se reportaron múltiples irregularidades en el servicio que brindaban las clínicas: disminución de las horas de terapia, incrementos de emergencias por pacientes contagiados de COVID-19, y colapso de las unidades renales eran temas recurrentes en la prensa nacional (Borja 2020; Redacción El Universo 2020c; García 2019).

El 30 de junio del 2020 Analía tuvo una crisis de salud. Llevaba varios días sintiéndose débil y acumulando malestar en la zona del catéter. Tenía fiebre y dolor en todo el cuerpo, sobre todo en la cabeza. Inicialmente creyó que podía estar contagiada de coronavirus y decidió no ir a la diálisis. Dos días después, tampoco fue porque seguía en cama. Llamamos a la clínica a solicitar una visita domiciliar por parte de su médico tratante. Del área de trabajo social no se habían percatado que Analía llevaba dos sesiones de diálisis sin ir.

Al día siguiente que le contactaron por teléfono, la sugerencia del centro fue la habitual: dirigirse a un hospital de segundo o tercer nivel para que le revisaran la colocación del catéter.²⁷ Esto implicaba asumir el costo del transporte al centro de Quito y exponerse a uno de los principales focos de propagación del virus de la ciudad. Solicitamos una referencia para

²⁷ De acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud, (2012) el sistema de atención está dividido en tres niveles, el primero está destinado a fortalecer la salud familiar, comunitaria e intercultural y se consigna en el conjunto de centros de salud administrados por la dirección zonal correspondiente. Le sigue el segundo nivel de atención, que corresponde a centros de internamiento con capacidad de ofrecer servicios de medicina general, cirugía básica, maternidad, entre otros, pero sin capacidad de atender tratamientos especializados que se consignan en el tercer nivel de atención. Habitualmente, Analía transita entre la clínica de diálisis (ente privado fiscalizado por el Ministerio de Salud) y un hospital de tercer nivel. Para ella, el hecho de que estos últimos sean centros especializados significa la posibilidad de acceder a un servicio de atención con calidad y calidez, distinto al que recibe cotidianamente en la clínica. (Silva, comunicación personal mayo 2020)

que fuera internada y recibimos únicamente la evaluación técnica más reciente realizada en el centro.

Analía se fue con su hijo a hacer la fila para entrar por el área de emergencias del Hospital Eugenio Espejo y esperó ahí por tres horas hasta que finalmente le atendieron. Llevaba cinco días sin dializarse. Se sentía hinchada y con un malestar en la espalda que se le expandía a la cabeza y las articulaciones. El retraso de dos sesiones sin terapia podía ocasionarle un paro cardiorrespiratorio, de ahí la urgencia por buscar atención médica, aún y cuando la emergencia sanitaria inducía a la población a permanecer en casa.

Ella menciona que mientras estuvo internada, fue testigo de la angustia que vivía el personal de enfermería mientras buscaba camas disponibles para tramitar los crecientes ingresos de personas enfermas de coronavirus. Los doctores evitaban permanecer mucho tiempo en las salas a su cargo y regularmente les llamaban a atender nuevas urgencias.²⁸ Rápidamente le dieron el alta, le entregaron sus evaluaciones médicas y la dejaron ir. Mantenerla internada acrecentaba el riesgo de contagio y, sobre todo, impedía la concentración de recursos hospitalarios en la atención general de la pandemia.

A raíz de esta experiencia, Analía y yo discutimos sobre el miedo, la enfermedad y la muerte. Estas tres palabras habían aparecido de manera reiterada en sus relatos, mucho antes de que se instalara la amenaza por COVID-19, desde las épocas en que la visitaba en prisión. Mientras estuvo presa, anhelaba salir libre para poder tratar su enfermedad y recuperar la autonomía que había perdido durante el tiempo encerrada; la libertad significaba para ella el horizonte para la sanación²⁹ (Diario de campo, 12 de abril 2019). Sin embargo, su narración había

²⁸ En una de nuestras visitas a emergencias, durante la pandemia, nos tocó esperar el ingreso al lado de familias completas que esperaban por más de 24 horas noticias de sus familiares enfermos. Según el personal de seguridad del hospital, los médicos no paraban de trabajar y había tantos pacientes ingresando por hora, que les era imposible sacar el tiempo para salir a dar reportes a las familias de las y los enfermos. Cada vez que ingresaba alguien con sospecha de COVID-19 el proceso de triage e ingreso de emergencias se retrasaba al menos una hora. Luego de que entraban estos pacientes, el hospital debía implementar un proceso de desinfección profundo que impedía proseguir con el protocolo habitual del área de emergencias. De pasar a controlar exclusivamente el protocolo formal de ingresos, las y los oficiales de seguridad habían adquirido un rol de acompañamiento informal a las familias que les pedían constantemente noticias de sus enfermos. (Diario de campo, mayo 2020)

²⁹ Mientras estuvo encerrada por última vez, trabajó todos los días con miras a presionar por un indulto o alguna otra acción legal que le permitiera acogerse a alguna de las reducciones de penas. En el 2007, con el indulto realizado al inicio de la administración Correa Delgado, Analía había logrado salir de prisión, a raíz de las acciones políticas desarrolladas para que esta medida alcanzara a la población reincidente. (Aguirre y Coba 2017) En el 2017, cuando se agudizó su enfermedad estando en la cárcel de Latacunga, solicitó de nuevo el

cambiado en los últimos meses, conforme se agudizó su padecimiento y se aceleraron los episodios de crisis. El contexto también se había transformado: la memoria de vivir la cárcel enferma había perdido valor frente a los recuerdos más recientes en donde ella señalaba haber sentido un miedo inminente de morir.

Desde que implementaron los protocolos de prevención en la clínica, el mensaje institucional se había concentrado en incentivar la realización de pruebas constantes de los pacientes, pagadas por ellos mismos ante la falta de recursos:

(...) nos dicen que si no entregamos la prueba negativa, nos mandan al turno donde atienden a los que están contagiados. Ese es el último turno, el de las 9pm, entonces en ese turno tampoco se tiene derecho al recorrido (transporte de regreso a la casa). Yo no tengo plata para comprar la prueba, porque cuesta 20 dólares, pero tampoco puedo correr el riesgo de que me manden al turno de los enfermos porque tengo un nieto que me espera en casa para hacerle comida antes de dormir. Si lo que me están diciendo es que tengo que hacerme la prueba para evitar morirme, ¿qué me queda? Tengo que ver de dónde saco y pagarla (Silva en comunicación con la autora, 3 de agosto 2020).

Recientemente, el personal médico había emitido un informe a la Dirección Zonal donde indicaba que Analía tenía mal comportamiento, que evitaba sujetarse a los criterios técnicos del cuerpo médico y que su carácter hacía sentir mal al personal.³⁰ Esos eran los argumentos utilizados para eximirse de responsabilidad frente a las denuncias que ella planteaba por maltrato y falta de atención especializada en el mantenimiento de su catéter (Silva y Fundación Rururbana-Mujeres de Frente 2020).

En reuniones anteriores con el equipo médico, se había reproducido un debate similar en torno a las condiciones en que ella vivía su padecimiento, y los criterios técnicos del centro

indulto al Presidente Moreno. En ese momento no tuvo éxito, pero sí logró posicionar su mensaje en medios de comunicación (Morán Susana para Plan V 2018a). Posteriormente, en mayo del 2019, se acogió a la resolución judicial que unificaba las penas por microtráfico y le permitía salir libre meses antes de cumplir su condena. Todas estas acciones fueron apoyadas desde fuera, por familiares y miembros de la organización Mujeres de Frente, sin embargo, en todos los casos fue Analía quien dirigió su rumbo desde dentro de prisión.

³⁰ Este informe fue presentado por el personal técnico de la clínica a pedido de la dirección zonal de salud, producto de una gestión realizada por Analía para que la trasladaran de clínica (Fundación Rururbana-Mujeres de Frente 2020).

frente a sus conductas. En una ocasión, uno de los doctores señaló que, si bien comprendía la complejidad de las condiciones de vida de la "Sra. Silva" (como la llamaban entre los funcionarios), ellos no podían detenerse a atender la particularidad de cada paciente, pues, en esa clínica, estos perfiles eran comunes entre los enfermos y era imposible intervenir en el contexto social y familiar de cada uno (Testimonio de un médico tratante de la clínica, diario de campo, 20 de diciembre 2019).

En otro encuentro con el equipo, la médica encargada de dar seguimiento al caso de Analía le dijo:

A ver señora, usted sabe que yo estoy aquí para ayudarla. Somos mujeres, y yo le respeto mucho que usted siempre dice lo que piensa. A mí me interesa mucho que usted nos diga cuando algo no le parece. Pero le digo que la entiendo porque somos mujeres, a veces estamos más histéricas, otros días estamos de mejor humor, siempre estamos relacionadas con nuestras hormonas. Entonces entiendo que a veces se sienta muy enojada. Pero usted no me está siguiendo el tratamiento y aquí tengo la muestra de que usted no está haciendo lo que le decimos (muestra la pantalla de la computadora donde se ve una con valores en rojo). Sus niveles de potasio están altísimos y eso quiere decir mami, que usted no me está siguiendo la dieta. ¿Usted sabe qué pasa cuando suben tanto los niveles de potasio? Que su corazón puede colapsar en un segundo. Aquí no le insistimos por necesidad, es porque si no es muy fácil que nuestros pacientes mueran. Yo no puedo ser un policía que la acompaña a su casa, pero yo me doy cuenta de todo, porque estos exámenes no mienten (Testimonio de médico de la clínica en comunicación con la autora, 5 de enero 2020).

A pesar de señalar que *no era policía*, la doctora reconstruyó en aquella intervención un escenario de constante vigilancia. Desde su lugar jerárquico, como responsable técnica del tratamiento de Analía, configuró una escena de disciplinamiento dada por argumentos como "usted no me está cumpliendo el tratamiento", "yo me doy cuenta de todo", y "usted no está haciendo lo que le decimos". La disputa se asemejaba a las que en múltiples ocasiones había librado Analía en las audiencias penales solo que el delito pasó de ser el comercio autónomo de pequeñas cantidades de droga, al incumplimiento del régimen médico.

Sin embargo, aquel ejercicio disciplinar, anclado en la relación vertical médico-paciente, se difuminaba en medio del tono condescendiente e infantilizador de sus palabras. En ellas se

reflejaba un intento de acercamiento a la comprensión de la conducta de Analía, desde donde se buscaba legitimar el control: seguido del “yo la entiendo” se esbozaba la elaboración moral de que la forma de responder de la paciente se vinculaba con su género y su comportamiento hormonal.

No había forma de ser declarada inocente frente a la mirada especializada que jerarquiza el conocimiento biomédico por encima de los complejos contextos en donde se reproduce la enfermedad, más aún cuando esta interacción se construye entre alguien que dispone de un saber técnico y una persona sin acceso a educación como Analía (Taussig 1980). Esta jerarquización opera en medio de un discurso tutelar que la colocaba en el lugar de la que no conoce, la mujer pobre, excarcelada y enferma, cuyo cuerpo sobreviviría solo si se sometía al régimen propuesto.

Al final de aquella reunión, cuando yo salía de la sala, la doctora me pidió que esperara para poder hablar conmigo:

Yo necesito que usted me le ayude a la señora para que entienda que tiene que seguir el tratamiento. Ella, pobrecita, está muy sola, y se ve que ha tenido una vida muy dura. Yo sé que detrás de ese carácter es que ella es una mujer muy frágil. Ayúdela, explíquele bien para que entienda que lo que hacemos aquí es por su *salud* (Testimonio médico de la clínica en comunicación con la autora, 7 de enero 2020).

Así, la *salud* se convertía en un concepto regido por los criterios técnico-especializados del entorno médico que dejaban por fuera las sensaciones, sentidos y padecimientos que señalaban los pacientes. Analía era aquella mujer pobre, estigmatizada por su historial en prisión, cuyo saber iba a ser siempre deslegitimado por la autoridad médica. A cambio, se le ofrecía la sujeción a un tratamiento que sin duda “le haría bien”, porque, a pesar de los pinchazos, y el malestar general que ella señalaba, “eran los médicos los que sabían qué era lo mejor” (Silva en diario de campo, enero 2020).

Al analizar su historia clínica unificada, es posible profundizar en torno a esta relación de poder. El grueso de este documento es acaparado por los resultados de los exámenes físicos, y las discusiones técnicas entre los equipos médicos para decidir el rumbo de sus intervenciones (Caso Maldonado- historia clínica unificada 2019).

Al margen y de forma aislada, quedaban plasmadas las notas de enfermería que incorporan al diagnóstico las vivencias y testimonios que Analía les compartía. En el ingreso hospitalario registrado a finales de junio del 2018, el reporte de triaje señala una situación de urgencia, nivel III, producto de un dolor agudo que llevó a la paciente a un estado temporal de coma (Caso Maldonado- historia clínica unificada 2018).³¹ Las conclusiones de los exámenes preliminares indican que se trata de “una paciente con un antecedente de enfermedad poliquística, ya conocido” (Caso Maldonado- historia clínica unificada 2018, 4). Prosigue una larga descripción de síntomas físicos, combinada con el análisis preliminar de los médicos al realizar las primeras evaluaciones.

Varias páginas después, aparece la bitácora del equipo de enfermería, en medio de los resultados, análisis y diagnósticos ya emitidos por el área de nefrología y cardiovascular. En cuatro o cinco líneas, las y los enfermeros registran breves conversaciones con la paciente. Le preguntan cómo se siente, le consultan por su familia e incluso, recaban información sobre su interés por el pasatiempo del tejido. En la mayoría de las intervenciones, aducen que reza constantemente para salir del hospital pronto y volver a su casa (Caso Maldonado- historia clínica unificada 2018). Sugieren brindar apoyo psicológico y refieren la necesidad de atender la evolución de su estado de ánimo a lo largo de su periodo en internamiento.

A esta sección no se le da seguimiento en el historial, contrario al resto de evaluaciones que presentan nuevas fases y anotaciones por parte del equipo médico. Al revisar el expediente de la clínica, se reproduce un patrón similar. En cada reporte aparece una sección destinada a los resultados en el ámbito psicosocial. Sin embargo, el registro se limita a una entrevista que dura en promedio, quince minutos, y que se concentra en clasificar, según categorías preestablecidas, la evaluación del contexto personal, psicológico y familiar de las y los pacientes (Silva, en diario de campo febrero 2019).

Según el testimonio de un funcionario de la clínica, es insostenible el acompañamiento a profundidad cuando se cuenta con uno o dos profesionales en el área psico-social. Se trata de pacientes que, en su mayoría, viven condiciones de alta precariedad y que en muchos casos,

³¹ El triaje es entendido como el proceso de evaluación preliminar al momento del ingreso por emergencias en los hospitales del país.

son abandonados por sus familias durante la evolución del tratamiento: "Resulta imposible asumir el acompañamiento técnico de cada caso, con la carga laboral asignada y el horario semanal disponible. El grueso del presupuesto es asignado a la contratación de personal médico, compra de insumos y mantenimiento de los equipos" (Testimonio de un funcionario de la clínica en comunicación con la autora, 7 de enero 2020).

En el contexto de la pandemia, la recarga de trabajo se sentía aún más, puesto que aumentaban las solicitudes de atención psicológica, manejo de crisis y seguimiento para las familias de pacientes que morían o habían sido contagiados. También lo requerían otros que, como Analía, enfrentaban episodios recurrentes de ansiedad. No había capacidad de atención a este nivel en un momento en que ni siquiera podían asegurarse los insumos básicos para la realización de las diálisis. Lo cierto es que, en medio de la emergencia, aquella dimensión de la salud- afectiva y emocional, quedaba totalmente relegada a la disposición de personal, y al criterio técnico para definir el nivel de prioridad en la atención.

Tanto Analía como sus compañeros de clínica dependían de las decisiones institucionales para enfrentar su enfermedad en pandemia:

Siento como una cosa aquí dentro, como una tristeza. De no poder irme cuando me maltratan, de no poder salir corriendo. De tener que aceptar lo que ellos dicen porque al final son los que estudiaron. De no poder pelear porque no se puede salir porque si salgo me puedo enfermar y morir. Ya qué, para qué pelear más. Que pelee el rico que puede pagar un buen abogado, yo soy pobre, ¿yo qué gano? Ni siquiera justicia. Cuando tienen tu vida en sus manos, les perteneces (Silva en comunicación con la autora, 4 de setiembre 2020).

3. De la sujeción a la resistencia: El cuerpo como territorio de lucha

Antes de que se declarara la emergencia sanitaria, acompañé a Analía al hospital a recoger un documento que le solicitaban en la clínica para valorar el estado de su enfermedad y la eventual continuidad del tratamiento. Mientras esperábamos el turno, me pidió que le tomara una fotografía que captara el ennegrecimiento de su piel, producto de la agudización de su enfermedad. Tomé una foto de sus ojos, y otras dos, de las cicatrices que se le acumulan en la zona del pecho, producto de los movimientos del catéter.



Fotografía 3.1 Las secuelas de la enfermedad renal en el cuerpo de Analía
Fuente: Foto de Analía Silva, tomada el 19 de noviembre del 2019

“Yo no era tan negra antes. Era más joven, más fuerte, una tipa guapa. La enfermedad me ha ennegrecido, mira los ojos. ¿Cuándo antes iba a tener yo estas bolsas negras de mapache?” (Silva en comunicación con la autora, 1 noviembre del 2019). Analía no quería oscurecerse. Su piel era “un tejido del color del sufrimiento” (Silva, diario de campo, noviembre del 2019), una marca física que reflejaba el historial de pobreza y discriminación que había padecido desde que era joven, cuando escapó de su casa por primera vez para buscar trabajo e intentar ayudar a su familia:

Yo me fui oscureciendo con los años, pero no te voy a decir que no era negra antes. “Negra,” me decía mamá, siempre enojada pidiéndome que le ayudara mientras ella salía a buscar algo de comida para nosotros. Esa “negra” salió corriendo apenas pudo porque quería una mejor vida que la que le había tocado. Desde chiquita me puse a trabajar en la calle para salir de esa miseria que nos tocó en mi familia. Pero yo era una negra guapa, no me puedo quejar. Verás que en la cárcel tenía fama de ser bonita, tenía mis curvas... Es ahora que la vejez y la enfermedad me han puesto más negra, más débil, más fea” (Silva en comunicación con la autora, 14 de diciembre 2019).

Su rechazo a la idea de que la enfermedad opaque su rostro se asienta sobre la idea de que las personas negras están destinadas a sufrir. A lo largo de su vida, el tono de su piel le ha generado reflexiones encontradas: por un lado, reconoce que este color la hace una mujer fuerte, segura, que no se deja doblegar ante los abusos de poder (Silva, diario de campo, febrero 2020). Por otro, señala que ha sido víctima de constantes prácticas racistas en la calle,

en la prisión y ahora también, en los espacios de atención médica (Silva, diario de campo, febrero 2020).

Esto me confrontaba continuamente con las preconcepciones del racismo y la resistencia que yo como investigadora también traía. En algún momento imaginé que Analía reproducía un discurso permanentemente coherente con la lucha en contra de las violencias de estado, vistas a la luz de la clínica, la prisión y su relación cotidiana con las instituciones públicas. Sin embargo, si algo transversalizaba este proceso de acompañamiento, era el hecho de que la manera en cómo se plasmaban las acciones de politización, eran distintas a la manera en cómo yo las imaginaba: en muchos casos, como el de la interacción cotidiana con la clínica, Analía se movía entre la negociación permanente con la autoridad y el posicionamiento de denuncias. Otras veces, entre la construcción de un discurso político beligerante en contra de los abusos de la autoridad, y uno que aceptaba la sujeción a estas violencias como la mejor estrategia para sobrevivir. Muchas veces me detuve a conversar con ella sobre esto que venía descubriendo, y sus respuestas me resultaban sorprendentes: “el cuerpo aprende cómo vivir. Si estoy sola, no me la puedo jugar, hay que aprender a ser estratégica” (Silva, diario de campo noviembre 2019).

La memoria se activa cada vez que toca las cicatrices del brazo y la base del cuello. Analía reconstruye con detalle el origen de cada una, y cierra su relato contándome cómo resiste el impacto constante de las agujas. Le preocupa que su cuerpo se haya debilitado y no sea capaz de enfrentar el coronavirus, en caso de ser contagiada. Sus venas están cada vez más delgadas, eso explica por qué cada vez la incisión para el ingreso del catéter requiere de mayor nivel de especialización (Testimonio de un médico de la clínica, 17 de enero 2020). En estos momentos, ella recuerda que “es negra” y que por eso es capaz de resistir una intervención médica más.

Así, su cuerpo se convierte en su lugar de enunciación política. Ha denunciado varias veces que en los centros de diálisis la discriminan por su historial penal y el color de su piel (Morán Susana para Plan V 2018a y Silva, diario de campo 28 de setiembre 2019). En los textos, Analía reafirma su negritud y condición de clase como territorios de disputa desde donde cuestiona la violencia que recibe por parte de las instituciones estatales de las cuales depende.

La cárcel, la calle y la clínica son espacios que han moldeado su capacidad de reproducir un discurso en el que estratégicamente se coloca como víctima (Meyers 2019), al mismo tiempo que produce un relato beligerante, crítico, que lejos de ubicarla en una posición de sujeción pasiva, la coloca en un lugar de resistencia. Calcula sus posturas y prevee escenarios de conflicto con la precisión de quien lleva años de moverse en la esfera del debate público. Comprende que el estado racializa y empobrece, porque desde que era niña lo ha experimentado con el cuerpo. También, porque desde su militancia política antipenitenciaria ha nutrido una crítica a la violencia de estado que se normaliza en los espacios médicos y penitenciarios.

Sin embargo, esta crítica no es lineal, mucho menos cerrada a la contradicción. No olvidemos que la violencia produce sujetos que tienen la posibilidad de discutir las estructuras de dominación que también internalizan. De ahí que, al mismo tiempo que Analía potencia su negritud como núcleo de politización, también rechaza y siente vergüenza del ennegrecimiento de su piel.

El 4 de octubre de 2019, en media jornada de movilizaciones por el Paro Nacional, ingresó de emergencias al hospital. Estuvo internada cinco días en el área de nefrología, justo al lado de los ventanales que dan a la calle, desde donde se podía ver, aquella gran protesta social. Escuchaba los cantos de las y los manifestantes, los gritos, las sirenas de ambulancia que ingresaban con personas heridas, las motos de la policía, el tanque militar que amedrentaba a la gente mientras les lanzaba gases y agua, los disparos de las bombas lacrimógenas... ³²

Eran momentos de alta convulsión política en el país. Se disputaba la vida, la justicia y la redistribución de recursos en un contexto económico de mayor concentración de riqueza y profundización de la desigualdad social (Edición Wambra medio digital 2019; Mujeres Amazónicas 2019). Se debatía sobre el modelo de desarrollo, el acceso de los bienes

³² En octubre del 2019, estalló una de las más grandes protestas sociales en la historia reciente del Ecuador. La movilización se detonó a raíz de las medidas económicas anunciadas por el Presidente Lenín Moreno, en el contexto de la crisis económica y los acuerdos firmados con el Fondo Monetario Internacional (FMI). El epicentro del paro nacional fue en la ciudad de Quito, en los alrededores del parque del Arbolito, cerca del Hospital Eugenio Espejo y frente al edificio del Congreso, donde se congregaron cientos de manifestantes por 17 días. Las calles se convirtieron en un campo de guerra que albergó a miembros de los pueblos indígenas, estudiantes, docentes, trabajadores y trabajadoras, población afro, migrantes y miembros de organizaciones sociales que enfrentaban a las fuerzas policiales y militares del gobierno.

comunes, las garantías constitucionales; se discutía sobre privilegios de clase y de los efectos históricos del racismo en el Ecuador. Se hablaba también de la privatización de la salud y de las implicaciones que los recortes presupuestarios tendrían en los distintos niveles de atención.

El día que logré entrar a verle, se registró el mayor número de muertes y personas heridas producto de la represión policial (Defensoría del Pueblo del Ecuador 2019b). El gas que se lanzaba en las calles penetró el terreno del hospital y alcanzó los primeros niveles. Juntas, miramos la escena desde la ventana; “no puedo creer que Quito esté ardiendo y yo no esté ahí afuera luchando con ustedes,” me dijo (Silva, diario de campo, octubre 2019).

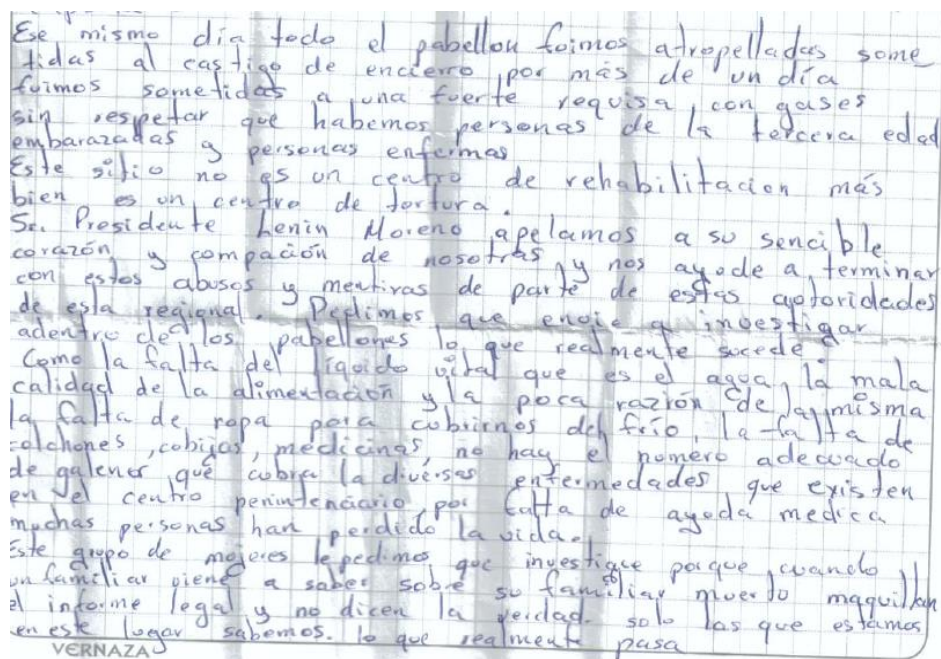
Una semana antes, habíamos marchado juntas por las calles del centro histórico como parte de las acciones públicas de cierre del Primer Encuentro Feminista Latinoamericano sobre Justicia (llevado a cabo entre el 26 y 28 de setiembre, 2019). Analía había participado como ponente de esta actividad, en una mesa de discusión que abordó la crítica del estado punitivo desde las experiencias de mujeres vinculadas a la prisión. Habló desde su experiencia, articulando las vivencias de la cárcel con los episodios de violencia en centros médicos y hospitales. Colocó sobre la mesa del debate el problema de la justicia, aduciendo que, según cómo se ejerza resulta en una larga cadena de desigualdad:

Yo no hablo de justicia, yo hablo de (in)justicia, porque todo lo que hace el estado en nombre de la justicia, a nosotros los pobres nos termina castigando. Es solo justicia cuando eres del norte de Quito, eres blanco o mestizo y tienes dinero para pagar un buen abogado o un buen hospital donde te aseguran atención buena. A los demás esa justicia solo nos deja más pobres y más débiles (Silva en comunicación con la autora, 27 de septiembre 2019).

Mientras estuvimos juntas en el hospital, recordamos las reflexiones de este encuentro. Por fuera, las movilizaciones continuaban, disputando aquel significado de justicia que Analía también compartía (Diario de campo, octubre 2019). En los últimos quince años, ella ha planteado denuncias públicas al sistema penitenciario, participado en congresos nacionales e internacionales, coproducido artículos y enviado cartas escritas a mano a las autoridades de gobierno para exigir la garantía de sus derechos (Morán Susana para Plan V 2018b; Mujeres

de Frente 2006). No sabe leer y escribir de manera fluida, pero cuenta con redes de compañeras militantes, amigas y familiares que le apoyan en el proceso.³³

En el 2018, desde la prisión, organizó con otras compañeras un movimiento para denunciar, ante el Presidente Lenín Moreno, la situación de las prisiones del país. Tal y como se observa en la fotografía 3.2 las autoras señalaban que la cárcel no era un centro de rehabilitación social; era un espacio para la tortura de los cuerpos que habían sido privados de libertad en nombre de la justicia de estado. La denuncia apelaba a la necesidad de investigar lo que sucedía en los "pabellones de la regional," habitualmente invisibilizado ante la mirada de las autoridades. Reconocía que la condena penal no justificaba el abuso sobre el cuerpo de la población reclusa, y que, aun en condición de encierro, las personas seguían teniendo derechos.



Ese mismo día todo el pabellón fuimos atropelladas como
fuimos sometidas al castigo de encierro por más de un día
sin respetar que habemos personas de la tercera edad
embarazadas y personas enfermas
Este sitio no es un centro de rehabilitación más
bien es un centro de tortura.
Sr. Presidente Lenín Moreno apelamos a su sensible
corazón y compasión de nosotras y nos ayude a terminar
con estos abusos y mentiras de parte de estas autoridades
dentro de los pabellones lo que realmente sucede
Como la falta del líquido vital que es el agua, la mala
calidad de la alimentación y la poca ración de la misma
la falta de ropa para cobirnos del frío, la falta de
colchones, cobijas, medicinas, no hay el número adecuado
de galner que cubra la diversas enfermedades que existen
en el centro penitenciario por falta de ayuda médica
muchas personas han perdido la vida.
Este grupo de mujeres le pedimos que investigue porque cuando
un familiar viene a saber sobre su familiar muerto maquilan
el informe legal y no dicen la verdad, solo las que estamos
en este lugar sabemos lo que realmente pasa

VERNAZA

Fotografía 3.2 Carta de denuncia enviada al Presidente Moreno de parte de las internas del CRS Cotopaxi

Fuente: Colectivo de mujeres de la sección femenina del CRS Cotopaxi (2018)

³³ En el 2006, coescribió un artículo sobre la justicia, acompañada por compañeras de Mujeres de Frente, en el marco de una de las ediciones de la Revista Sitiadas: "Escribo esto para todos los que lean, que sepan que los que estamos en la cárcel, no somos nosotras las que deberíamos estar ahí, son ellos, los que abusan del poder, los que roban, los que matan (...) Si tienes plata te vas, si no te quedas. Aquí solo importa el delito de no tener dinero para comprar la libertad" (Mujeres de Frente 2006).

Cuando Analía me entregó esta carta, me comentó que se trataba de un trabajo en equipo. Ella habló con varias de sus compañeras de pabellón, conversaron entre todas durante las tardes, una vez que las encerraban en las celdas. Como en ese momento nos veníamos conociendo, me contó con detalle la historia de las otras denuncias que ella había organizado en prisión (gran parte de ellas, alimentaban la historia de la organización antipenitenciaria que ella cofundó, en el 2004). Me dio el documento para entregarlo "a las chicas de Mujeres de Frente" para que ellas lo hicieran llegar al presidente (Diario de campo, octubre 2018).

Un año y medio después, durante la pandemia, Analía organizó una acción similar, solo que esta vez, pensada en función de las condiciones en las que las y los pacientes vivían la diálisis. En las sesiones de terapia, ella hablaba con sus compañeros para recopilar testimonios que fortalecieran la denuncia. Su objetivo era generar una acción colectiva que trascendiera su voz individual y diera cuenta de un problema que superaba su propia experiencia (Diario de campo, mayo 2020).

Si hubiera podido estudiar, hubiera sido abogada de derechos humanos, decía Analía. ¿Y qué temas te gustarían? - le pregunté. "Defendería a los pobres que van a la cárcel, y también defendería a los enfermos" (Silva en comunicación con la autora, 7 de octubre 2019). Quería ser abogada para pelear contra el estado que monopolizaba el ejercicio de la justicia, no solo en términos del delito sino también, en torno al acceso de la salud. Eran momentos de pandemia. De enero a agosto del 2020, Analía escribió dos cartas de denuncia a la clínica donde recibe su diálisis, y publicó una crónica junto con Mujeres de Frente, denunciando las condiciones desiguales en las que la población atraviesa la emergencia sanitaria (ver recuadro 1).

Cada una de esas acciones era producida a la luz de algún evento previo que le había generado dolor: la mala colocación del catéter, la suspensión arbitraria del servicio de transporte en pleno toque de queda, el traslado de horarios de diálisis, la exigencia de pruebas de COVID-19 que ella no podía pagar, y la falta de acceso a información sobre su estado de salud eran los detonadores de sus demandas (Silva y Fundación Rururbana-Mujeres de Frente 2020; Mujeres de Frente 2020) (Diario de campo, enero-julio 2020).

Recuadro 1. Extracto del texto escrito por Analía para la revista Sitiadas 3

La máquina nueva y yo no nos conocemos. Yo no la conozco suficiente. Me capacitaron dos días y me dijeron: “Qué inteligente, ¿ve?, ya puede usar la máquina usted solita”. Claro: “Como es inteligente entonces vaya a morirse a la casa que aquí nos molesta”, así piensan ahí: “Ya aprenda para que se vaya, como ya no tiene accesos en las venas mejor se va a su casa y se hace la diálisis con esta máquina”. Así no se tienen que hacer cargo de mí, pero sí de las ganancias que yo genero por ser tratada en su clínica.

Me ponen entre la espada y la pared. O aceptas el cambio de diálisis, o te mueres. Obligadamente tengo que escoger algo que yo no pedí. Yo no deseo eso. Tampoco deseé que me pincharan, que me huequearan el cuerpo. En un año y tres meses me han hecho tres huecos. ¿Otro hueco más? Mi panza está llena de líquido. Me duelen los músculos y las piernas. No tengo tranquilidad, desde lo más profundo de mi cuerpo me salen suspiros porque estoy sufriendo.

Toda la vida he luchado por una vida digna que yo no sé cómo se ve, no sé cómo es vivir completa. Ellos dicen que los huecos se cierran, quizás sí. Pero eso no es. Es el dolor, la molestia que causa, los moretones, el miedo. A todas nos han dicho que ellos están para curarnos, pero seguimos enfermas, maltratadas, seguimos ganándole a la muerte todos los días. En una semana murió doña Matuti y también murió la Susy, dos compañeras que iban a la clínica conmigo. Somos frágiles ante ellos porque somos pobres y Amigas que se dan la mano en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Guayaquil. Fotografía: Norma Galán y Abigail García, 2018. Si morimos, serán muertes impunes. Ellos son los médicos, nosotras las pobres. Son como los abogados, ellos tienen el poder y nosotras solo seguimos siendo pobres.

¿Para qué pelear más? Ellos han estudiado más que yo. Creen que el pobre es tonto y se aprovechan. Se van llevando la comida, la salud, la vida en sacos y te van dejando en la ruina. No importa si eres negro, indio, futbolista, no les importa cuando hay plata de por medio.

¿Por qué me duele tanto? Porque soy pobre, o porque me ven sola, no sé, no sé si es porque no está presente mi familia, porque siempre está ausente. Ellos saben que yo no tengo familia, que soy yo y el niño. Todos se van, todos se han ido. Y de eso se aprovechan. No estoy abandonada y estoy abandonada. Tener familia no es estar acompañada, si no pueden ir seguido conmigo a la clínica y estar pendientes.

Mi familia son ustedes. Las amigas, con las que peleo para tener al menos un poco de esa dignidad de la que hablo y no conozco bien. Con las que sigo luchando. ¿Cómo voy a dejar de luchar si es mi cuerpo? A veces como que te rindes, como que le haces caso a lo que te dicen los doctores y dices: “Ya estoy cansada”. Pero luego también ves a la gente que quieres, a mi nieto el Martín, a ustedes compañeras, y te levantas. No por la vida que tienes sino por la que quieres.

Fuente: Silva en Sitiadas 3, Mujeres de Frente 2020.

Todas sus quejas iban dirigidas al Ministerio de Salud, como cartera estatal responsable de dirigir el tratamiento de su enfermedad. Aun y cuando en la práctica el estado parecía ausente, ella reconocía su presencia en medio del abandono:

Ya no podemos andar denunciando solo con la clínica diciéndoles que lo están haciendo mal.

Hay que acudir al estado, a la defensoría o al Ministerio de Salud. Ellos tienen que hacerse responsables. Es que al final es el estado el que tiene que hacerse responsable, pero es

perverso. Te quieren hacer creer que no están, que desaparecen, pero ahí está el estado, en el momento en que me deja abandonada en esta clínica, o cuando me negó el bono, ahí está (Silva en comunicación con la autora, 31 de agosto 2020).

La relación de presencia-ausencia del estado la dirige a un lugar de permanente inseguridad. Desconfiaba de las instituciones públicas, porque desde muy joven había estado sujeta a ellas y su régimen de control. Sin embargo, conforme empeoraba su condición de salud, las alternativas se redujeron a la necesaria vinculación con el estado como única posibilidad que para disputar condiciones de vida más dignas:

Desde que estoy enferma, pienso en la muerte todos los días. La clínica me recuerda que estoy cerca de morir. También voy a decir que me da miedo el reloj, porque es el tiempo, que te dice que estás envejeciendo y que ya pronto te vas a morir y vas a dejar a los tuyos. Me da miedo estar enferma, ir al hospital, envejecer, me da miedo y me da eso, inseguridad. Me siento insegura porque ya te he dicho, soy pobre. A veces el estado te ayuda, pero la mayoría de las veces te quita todo. No sabes cuándo hará una cosa o cuando hará la otra. Antes yo decía que no quería morir pobre y ahora digo que solo no quiero morir con dolor (Silva, en comunicación con la autora, 20 de marzo 2020).

Ya van seis meses desde que se decretó el aislamiento social por el coronavirus, siguen reportándose contagios y muertes todos los días en la ciudad de Quito. La gente, poco a poco, ha vuelto a trabajar a las calles, pero Analía permanece en su casa, temerosa de que al salir enferme. La relación con la clínica es cada vez más tensa, después de que le presentaran la alternativa del cambio de tratamiento como única opción para sostener su sistema renal.

Al aceptar, se realizará la diálisis en casa, sin necesidad de constante supervisión médica. Eso implicará un mayor nivel de responsabilidad de la paciente con su propio tratamiento, pues, el riesgo de infección o contaminación al momento de realizar la terapia dependerá de la asepsia que ella misma pueda gestionar. Implica, además, comprar pintura, adecuar un lavabo específico en la sala en la que se realizará el tratamiento y recibir una capacitación técnica en la clínica. Analía siente temor, pues, luego de meses de pelear contra el centro de diálisis siente que ya no tiene más opciones y debe aceptar. En este punto, afirma, le queda solo "tomar la mano de Dios" (Silva en diario de campo, setiembre 2020).

4. Conclusión

En este capítulo concentré la mirada en la evolución del padecimiento de Analía analizar cómo, en una dimensión tan concreta como el cuerpo de esta mujer, se expresa el poder del estado penal. Cuando reconstruíamos juntas su historial de salud y de internamiento penal, identificamos que su enfermedad comenzó a producirse mucho antes de que llegara el diagnóstico, y, que a pesar de que los médicos señalaran como incierto el origen de esta condición, existían múltiples factores para argumentar que su padecimiento era síntoma de un legado de despojo y violencia que atravesaba su vida.

Lo que para los médicos se reducía a una condición física de anclaje genético, emergía como un síntoma de condiciones de vida más complejas. Nos pareció, tanto a Analía como a mí, que hablar de "somatización de la injusticia era lo adecuado", porque lo que veíamos en cada marca corporal; cada cicatriz, cada zona amoratada, era la expresión de episodios de negligencia médica, de emergencias que pudieron ser contenidas si hubieran sido tratadas a tiempo; era el colapso de un riñón que no pudo resistir a la precarización. Hablar de la enfermedad como un síntoma, nos permitía indagar en la dimensión social, y colectiva de su padecimiento; ponerle historia y dejar de verla como un asunto de responsabilidad individual.

En su cuerpo se materializaba la intersección de múltiples violencias: históricas, estructurales, simbólicas... a veces previstas y otras, brotando de manera inesperada. Colocar el *cuerpo-territorio* como centro del acompañamiento, era tomar una posición política sobre lo que expresaba su padecimiento y lo que las instituciones a las que había estado sujeta intentaban silenciar.

Analíticamente, era reconocer que había un vínculo entre la expresión del dolor físico y la desesperación que le producía la falta de dinero para costear sus medicinas. Era visibilizar cómo y por qué, al mismo tiempo que se reconocía como grupo de atención prioritaria por el estado y población en condición de vulnerabilidad, a Analía se le había excluido sistemáticamente de la posibilidad de acceder a un bono solidario, que le permitiera costear la dieta especializada que debía seguir. Era también, develar los efectos encarnados del desfinanciamiento público, de los programas de atención de una enfermedad clasificada como la cuarta causa de muerte en el Ecuador, por encima del cáncer y la diabetes. Una condición

de salud que nuevamente, golpeaba con especial crudeza los mismos grupos que ya eran castigados por el discurso securitario del estado.

Esta fue la fase más desafiante del trabajo de investigación. Primero, porque en el transcurso del acompañamiento, creamos un vínculo de mediado por el cariño, que me hizo difícil distanciarme de la furia que me generaban las prácticas de violencia que se ejercían contra su cuerpo. Me costaba leer por fuera del enojo, que me brotaba de escuchar a su médico decir que, por ser mujer, se entendía su mal comportamiento. Me costaba leer por fuera de la angustia de dejarla en un hospital sin diagnóstico, en medio de un pico de contagios que abarrotaba los centros de salud de la ciudad.

Tal y como lo apunta LaCapra (2006), las experiencias están mediadas por las relaciones sociales que las producen y en ese sentido, asumir mi lugar como parte de ese conjunto relacional fue un desafío. Implicó confrontar, por un lado, mis propias categorías de análisis a la luz de los datos empíricos que iba recopilando; por otro, implicó reconocer las desigualdades internas de mi relación con Analía y desde ahí tratar de reconstruir lo que para cada una significaba el poder y el estado.

La parcialidad de las experiencias analizadas se imbricaba con un terreno ambivalente en lo político, que transitaba por el rechazo de la violencia y la jerarquización biomédica por parte de Analía, así como por la negociación permanente para poder obtener algún beneficio o un mejor trato de parte de las instituciones con las cuales se relacionaba. Ciertamente, la complejidad de sentidos que se producían en torno al estado impedía que fuera posible definirlo de una sola forma, sobre todo porque lo que iba significando dependía de la posición que ella ocupara en relación con "eso" que podía nombrarse como estado.

Lo que sí era evidente, es que el estado no solo se percibía como una externalidad, sino (y sobre todo), también se mostraba encarnado en su cuerpo y sus prácticas cotidianas. Lo podía notar en el significado contradictorio que adquiría la negritud en Analía, a veces como símbolo de resistencia y otras, como condición de sujeción aceptada. Lo percibía en los largos recorridos burocráticos que ella seguía para esperar una de las ayudas estatales ofrecidas, aduciendo que "era entendible la espera, porque se trataba de fondos públicos", aún y cuando ella fuera un grupo de atención prioritaria dictaminado por ley. Lo registré también, en cada

fotografía en que Analía explicaba la relación entre una cicatriz, y una intervención médica de emergencia. Entonces, lo que inicialmente me produjo la sensación de no saber cómo definir, luego, fue adquiriendo más un sentido de complejidad; expresado en el desafío de poder captar la máxima cantidad de dimensiones en las que el discurso sobre el estado se encarnaba.

Al ahondar en la historia de la enfermedad de Analía, y profundizar en el análisis de esta condición desde otras disciplinas (concretamente, desde los estudios epidemiológicos y de la gestión de la salud pública), pude comprender (1) que los procesos de padecimiento físico están informados de las condiciones sociales en los que se producen y por lo tanto, al verlos desde esta perspectiva, discuten la división cartesiana del cuerpo, reproducida desde el lenguaje médico hegemónico y (2) que en los procesos de tratamiento de estas condiciones-clasificadas por el lenguaje técnico como “catastróficas,” se reproducen lógicas de dominación que atraviesan las relaciones de desigualdad entre el equipo médico y las y los pacientes. Esta dominación se nutre, no solo de la interacción concreta en los consultorios de salud, sino también, de los significados socialmente construidos en torno a la figura del doctor-a y la de los sujetos padecientes de una condición crónica-terminal.

Analía no es un caso aislado; los datos epidemiológicos muestran que el grueso de la población con daño renal pertenece a grupos empobrecidos, con falta de acceso a educación, vivienda y empleo. Tal y como se mostró en el capítulo anterior, la gestión gubernamental de la emergencia sanitaria develó las grietas estructurales de un modelo de atención en salud que desde hace quince años, se ha orientado al fortalecimiento de las alianzas público-privadas y la tercerización de servicios. El desfinanciamiento del sector, la desarticulación institucional y la fragilización de la medicina preventiva profundizaron el acceso geográfico desigual al derecho a la salud.

En el cuerpo de Analía se imprimen estas desigualdades, así como los efectos de la relación entre el control y el abandono estatal como estrategia de inmunización de ciertas poblaciones. Estrategia que se produce como continuidad de la exclusión en los juzgados, la cárcel, la clínica y la calle. En cada espacio, su materialización es distinta. En el caso del contexto médico, la construcción de un lenguaje técnico, biologicista, opera como herramienta para naturalizar las desigualdades estructurales y desde ahí, legitimar la violencia sobre los cuerpos de las personas padecientes.

El hecho de que la mayoría de la población enferma renal pertenezca a los sectores más empobrecidos, con bajos niveles de educación y acceso al mercado de trabajo asalariado, repercute en la reproducción de una jerarquía de conocimiento que impone el poder-saber médico por encima de las experiencias nombradas por las y los pacientes. Esto se visibiliza en las historias clínicas de Analía, sus testimonios y la interacción con el equipo de médicos de clínicas y hospitales en momentos de emergencia. Desde el ejercicio de la autoridad especializada, se legitima una continua intervención corporal que ella lee como abuso de poder y ejercicio de la violencia. Lo entiende así, desde el hecho de que estas intervenciones no necesariamente son consentidas, y al ser discutidas por ella, siempre recibe el criterio de la autoridad clínica como justificante.

A través de las experiencias que dan cuenta del deterioro de su sistema renal, pude comprender cómo el espacio médico se asemeja con el contexto carcelario por el que Analía y muchas otras personas, han transitado. La continuidad es histórica, y se revela en términos de la construcción de subjetividades controlables y punibles, sobre las cuales el estado, desde la gestión de la salud y el castigo, ha legitimado su (des)responsabilización. De ahí que, para Analía, la clínica ha significado, al igual que la cárcel, un espacio de control e invasión de su cuerpo, que escenifica la violencia con la cual el estado ha invadido su territorio ya sea desde la intervención tutelar, o el abandono en momentos de crisis. Tal y como afirma Analía "la sanación es para los que pueden pagar" (Silva, comunicación personal 13 de agosto 2020).

Aún en contextos de movilidad y aparente desarraigo, es posible analizar los procesos de lucha que se disputan desde el *cuerpo-territorio*. Cuando construimos la cronología que dio vida a este capítulo, Analía y yo nos dimos cuenta que, a pesar de moverse constantemente entre espacios regidos por el control estatal de los cuerpos, ella había producido un sentido de pertenencia a su propio cuerpo como raíz; como el lugar central de donde emergen todas sus luchas. En ese sentido, el arraigo se construye a través de las relaciones que ella produce con su cuerpo y las instituciones con las cuales se va vinculando a lo largo de su vida.

En el contexto de medicalización su cuerpo es atendido por la mirada especialista como una mercancía (Taussig 1980) sobre la cual se juega el financiamiento de las clínicas privadas que atienden a los pacientes renales de la ciudad de Quito, amparadas bajo un modelo de

tercerización de servicios de salud que da cuenta de un modelo estatal imbrica cada vez con mayor intensidad, la dimensión pública con la empresa privada. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015) Siguiendo a Taussig (1980; 1984), el cuerpo es objeto de intervención como organismo biológico al que se le extrae su contexto social, económico, histórico y cultural, puesto al servicio de la mercantilización encubierta por el discurso técnico-médico.

La politización del padecimiento se despliega ahí donde el poder del estado y el saber médico confluyen en la cristalización de relaciones que buscan sostener el estatus de subordinación de aquellas poblaciones situadas en los márgenes de la ciudadanía. La manera en cómo Analía construye una crítica de la justicia a partir de su propia experiencia, que resulta de un proceso colectivo que supera su individualidad y la pone en diálogo con otras personas con quienes discute, piensa e interpela a las instituciones con las que se relaciona. Su trayectoria como militante, cofundadora de la organización Mujeres de Frente es clave al momento de analizar cómo ella resignifica su lugar de opresión en términos políticos, y cómo hace uso de este conocimiento para disputar la autonomía sobre su cuerpo, tanto en el espacio carcelario como en el clínico. Estas luchas siempre ha buscado articularlas de manera colectiva, posicionando sus demandas como problemáticas estructurales más que como asuntos individuales.

En este conjunto de experiencias se producen las condiciones de posibilidad para “transformar el dolor, en un saber” (Aranguren-Romero 2010). La suma de escenarios de abuso, violencia, maltrato y abandono institucional son reconfigurados como núcleos de un discurso político situado en las múltiples condiciones de desigualdad que atraviesan su vida y desde donde despliega la resistencia por la autonomía de su cuerpo-territorio. Esta resistencia se nutre, no solo de la práctica político-militante de Analía, sino también, de su práctica religiosa, desde donde encuentra una forma de comprender la justicia en la que no es excluida por su condición de clase ni por el color de su piel. La búsqueda de sanación la encuentra en lo divino, ante el abandono sistemático del estado.

En este encadenamiento de experiencias, Analía transita entre el control estatal de su cuerpo, y el abandono al que es dejado cuando sus condiciones de vida se ponen en juego. Sus dolores y padecimientos dan cuenta de esta historia y permiten entrever, no solo las cicatrices del poder punitivo sobre su cuerpo, sino también, las posibilidades que emergen de este proceso para interpelar concretamente, la manera en cómo se entiende y se gestiona la salud,

ya no solo desde el estado, sino también, desde el tejido social comunitario, lastimado por el desfinanciamiento de la salud pública, y la profundización de un modelo securitario que acentúa la criminalización de la pobreza en nombre de la seguridad ciudadana.

Capítulo 4

Acompañar la salud para resistir la enfermedad

El 3 de junio del 2020, se decretó la transición hacia la reapertura económica y el fin del confinamiento en la ciudad de Quito. El cambio de semáforo rojo a semáforo amarillo se anunciaba como el inicio de una "nueva normalidad" en la que la prevención del contagio por COVID-19 pasaba a ser un asunto de responsabilidad individual. Así, el "yo me cuido" fue la frase con la que el Ministerio de Salud Pública inauguró la campaña de prevención que acompañaba la apertura comercial hacia el fin de la declaratoria de emergencia sanitaria (Redacción El Comercio 2020d, 2020a).

En medio de este contexto Analía se movilizaba día de por medio al centro de diálisis. De camino a la clínica veía llegar las patrullas de la policía municipal a confiscar la mercadería de las personas que vendían por las calles de la Marta Bucaram- su barrio de residencia: "¡Cuál reactivación económica! Es la apertura de los grandes centros, los del norte, de las empresas de los ricos. Porque a esta gente, a los que somos más pobres, a los que trabajan duro, a esos les siguen castigando por salir a ganarse la vida" (Silva, diario de campo, agosto 2020).

Desde que inició el confinamiento, se había exacerbado la acción policial para reprimir la actividad económica popular en el centro y el sur de Quito (Bravo 2020a). No es casualidad que, en este periodo, las noticias expusieran recurrentemente los rostros de quienes retomaban las calles en busca de trabajo y alimento como amenazas a la seguridad ciudadana. "Recuperar el control de la seguridad ciudadana," "limpiar los mercados de los desobedientes," "castigar a aquellos que violentaban las medidas sanitarias" eran algunos titulares que se reproducían regularmente en los medios de prensa (Ortiz 2020b). Frente a la fragilidad de la red hospitalaria y la continuidad en el crecimiento de los casos positivos, el control securitario se produjo como referente de la respuesta estatal a la pandemia.

En las primeras semanas de transición hacia la reapertura, las calles del Centro Histórico y el sur de Quito daban cuenta de la necesidad urgente de trabajo, la profundización del empobrecimiento y el crecimiento notable de las actividades comerciales informales (Bravo 2020b). A pesar del discurso institucional dirigido hacia el fomento del consumo, el escenario

urbano- callejero de los barrios populares reflejaba la continuidad de la política de vigilancia y castigo de cierto tipo de actividades económicas tradicionalmente criminalizadas bajo la noción de "informalidad," tradicionalmente asociadas a la ruptura del orden moral que rige el comportamiento ciudadano deseado (Aguirre 2019).

Los cuerpos de las mujeres trabajadoras sexuales, trabajadoras domésticas, comerciantes autónomas de la calle, recicladoras, migrantes, estudiantes, familiares y amigas de personas en prisión, mujeres excarceladas y encarceladas, vivían con particular intensidad el impacto de aquel dispositivo de control gubernamental. Con el castigo de sus cuerpos se castigaba a grupos familiares extensos, sostenidos por ellas al asumir los cuidados y la generación de recursos para la manutención colectiva (Aguirre y Coba 2017; Coba Mejía 2015; Aguirre 2016; Hernández 2015). La exclusión de su presencia en el espacio público no solo representaba la supresión forzada de su acceso al trabajo, sino que también suponía un esfuerzo por cercenar las relaciones de intercambio, cooperación y cuidado creadas como estrategia colectiva y subalterna para sobrevivir.

Muchas de estas mujeres se exponían al contagio sin el acceso a información adecuada para poder cuidarse. En sus barrios, se reclamaba la presencia del Ministerio de Salud para realizar pruebas rápidas, y dar seguimiento a los contagios que crecían conforme la economía nacional se reactivaba (Teleamazonas Ecuador 2020). Como lo afirma Analía "a los barrios del Sur no llega la salud, solo la policía" (Silva, diario de campo julio 2020).

Para ese momento, Mujeres de Frente se había configurado como una red de cuidado y acompañamiento entre mujeres en la desigualdad. Yo participaba de su asamblea de gestión desde el 2019 y con la llegada de la pandemia, entre todas las que conformábamos este espacio vimos cómo las compañeras de la organización resistían el impacto diferenciado de la emergencia sanitaria. Analía formaba parte de esta red, así como también formaban parte Ana, Margarita, Jeanneth, Yolanda, Érika, Gloria, Heidy, Tyfen... todas sobrevivientes en mayor o menor medida del abandono selectivo del estado durante la emergencia sanitaria. De la red de acompañamiento que se conformó en la organización, muchas perdieron su trabajo, otras, fueron presionadas por sus arrendatarios a salir de sus casas por falta de pago, y la mayoría, vivió el contagio por COVID-19 en carne propia o desde la experiencia de enfermedad de algún familiar.

Frente al colapso del sistema público de salud, la falta de alimentos y el aislamiento social, compañeras del movimiento feminista se articularon con MDF para construir un proceso de formación y promoción en salud comunitaria. Lo que inició como un proyecto concreto en medio de la emergencia, evolucionó en la institucionalización de *la red* como eje central de la organización, a partir del principio de que, cada una de nosotras acompaña y es acompañada por otra.

En este capítulo retomo la idea de que, bajo el mandato de aislamiento durante la pandemia, se reprodujeron estrategias de control social que homologaron la atención de la emergencia sanitaria con el despliegue de prácticas de vigilancia y castigo en las calles, con un efecto diferenciado sobre los sectores populares, históricamente empobrecidos y racializados. La “protección del pueblo,” se constituyó como un núcleo discursivo clave para legitimar el control policial generalizado y la atención selectiva de un sistema de salud debilitado por la penetración de los intereses del mercado en la administración pública (Dávalos 2016; Arteaga, Cuvi, y Maldonado 2017).

Profundizo en el argumento de que el sostenimiento de un tejido comunitario urbano, situado en la desigualdad, la precarización y el desarraigo, se constituye como una estrategia de resistencia subalterna a la política de cercamiento, expropiación y muerte que caracteriza la administración estatal de la vida en momentos de pandemia. La promoción de la salud, pensada desde abajo y en colectivo, supone la recuperación de un cuerpo territorio comunitario, sostenido por las mujeres y los cuerpos feminizados desde el cuidado y la cooperación.

Nuevamente, la categoría *cuerpo-territorio* (Marchese 2019; Cabnal 2010; Gago 2019) me permite analizar la experiencia de construcción de la red de promoción de la salud como una posibilidad para la politización en contexto de emergencia sanitaria. Es desde el reconocimiento de nuestros cuerpos como espacios de disputa, que fue posible tejer este proceso, deconstruyendo los significados hegemónicos de salud y enfermedad al mismo tiempo que proponíamos nuevas formas de cuidarnos colectivamente en el contexto de abandono y colapso del sistema de salud.

En cuanto a la estructura del texto, inicio con una sección en donde abordo el proceso de *policialización de la salud* en contexto de emergencia sanitaria. Seguidamente analizo la construcción de una red de cuidados y acompañamiento en la desigualdad desde la organización Mujeres de Frente y luego, los materiales utilizados para el desarrollo de los talleres. En la última sección, antes de las conclusiones parciales, ahondo en las reflexiones de las participantes del taller sobre la salud y la enfermedad.

Mientras escribía este capítulo, me preguntaba cómo articular las reflexiones que había registrado sobre las experiencias personales de Analía, con lo que vivía desde mi participación en Mujeres de Frente. Al contrastar las grabaciones de las clases del curso de formación en salud, con el discurso que se reproducía en las cadenas nacionales de televisión, la prensa y los perfiles oficiales de representantes del gobierno, dimensioné la importancia de registrar lo que estábamos haciendo como parte de un proceso de politización construido justamente, desde la articulación de nuestras vivencias personales.

La experiencia de Analía no representaba un caso aislado. Por el contrario, lo que veíamos tejerse en las sesiones de formación y promoción de salud era el producto de múltiples puntos de encuentro entre historias de vida de mujeres que, desde distintos lugares de enunciación, habían sobrevivido esta doble relación de control y abandono selectivo del estado. En este sentido, el análisis documental de noticias de prensa, y los discursos gubernamentales que se reprodujeron durante la fase transición económica, los combiné con la observación participante del proceso de formación y promoción en salud del que me formé parte, tanto como estudiante, acompañante de un grupo de compañeras de la organización y como parte del núcleo de gestión de la organización.

Combino la escritura en primera persona singular y plural, porque para esta etapa del proceso de investigación mi lugar transitaba entre la reflexión que iba nutriendo estos capítulos, y el accionar cotidiano que conlleva participar de la gestión en una organización que trabaja intensamente por el sostenimiento de la vida en la diferencia y la desigualdad. Coincidió que, para el momento en que pensaba este texto, una compañera de la organización, Typhaine León, también se encontraba trabajando sobre el tema de los cuidados y el sostenimiento de la vida en común, a la luz del proceso de formación y promoción en salud que llevábamos a

cabo desde Mujeres de Frente. De ahí que este capítulo en particular, refleje los diálogos constantes y las reflexiones comunes que construimos para el abordaje de nuestros trabajos.

1. La policialización de la salud y la fragilización del tejido urbano-comunitario

El 23 de agosto del 2020, el medio de comunicación Primicias publicó una nota que alertaba sobre el incremento sostenido de los contagios por COVID-19 en el Distrito Metropolitano de Quito, en la provincia del Pichincha (Redacción Primicias 2020b). La lista de parroquias más golpeadas era encabezada por comunidades urbanas- Chillogallo, Cotocollao, Belisario Quevedo, Guamaní, Centro Histórico y Chimbacalle.

Según el Observatorio Social del Ecuador (2020b), el comportamiento de la tasa de mortalidad y contagio de coronavirus en el país da cuenta de que el acceso a la salud es diferenciado y desigual según el territorio. Así como se alertaba de un crecimiento de contagios en las zonas rurales menos preparadas para atender la emergencia, también se develaba la incapacidad del sistema nacional de salud de sostener la atención de los casos que crecían en las comunidades más populosas de la ciudad.

No solo habían colapsado los hospitales sino también, los centros de salud que componen el ya fragilizado primer nivel de atención. En los últimos diez años, el crecimiento de la infraestructura hospitalaria carecía de un correlato en el fortalecimiento de la promoción de la salud comunitaria (Maldonado, comunicación personal 15 de agosto 2020). Lo establecido por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)- promulgado en el contexto de la Revolución Ciudadana, no se correspondía con el escenario nacional: los datos de muertes por COVID- 19 en el DM Quito estaban lejos de reflejar el mandato político-constitucional de la salud pública como un derecho para toda la población, que debía ser gestionado por el estado desde una política territorialmente situada, multicultural y respetuosa de las garantías fundamentales del ser humano (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012).

En los medios de comunicación se reproducía la idea de que la vigilancia comunitaria era una medida certera para que cada uno se protegiera a sí mismo y a su familia de la enfermedad. Se instalaron las "brigadas barriales" como estrategia para la detección y el aislamiento de la mayor cantidad de casos posibles en las comunidades urbanas más golpeadas por el virus:

Para que la vigilancia comunitaria funcione en este barrio de 12.000 habitantes, cada vigilante comunitario tiene bajo su responsabilidad unas 600 personas que están en constante observación. La intención es identificar la mayor cantidad posible de casos de Covid-19 para que sean aislados de manera temprana y que no contagien a otras personas, explica el coordinador de la Zona 9 del Ministerio de Salud Pública (MSP), Luis Muñoz” (Redacción Primicias 2020f, 5).

“Detectar a tiempo para proteger a la comunidad”- esa era la propuesta del Ministerio de Salud para integrar los esfuerzos institucionales con la colaboración ciudadana. Lejos de constituirse como una estrategia aglutinadora de protección y cuidado, la noción de *vigilancia del contagio* se tradujo en prácticas de exclusión de los cuerpos que enfermaban o tenían sospechas de haber sido contagiados con el virus.

“Si yo llego a contagiarme no quiero que nadie se dé cuenta” decía Analía, “la gente te mira feo, te cortan la palabra, incluso hay lugares en donde los dueños de las casas han echado a sus inquilinos cuando se dan cuenta que enfermaron” (Silva en diario de campo, agosto 2020). De las compañeras que componen la red de acompañamiento de Mujeres de Frente, varias mujeres concordaban en que la vigilancia barrial de la pandemia se traducían en un aumento de la discriminación comunitaria para quienes permanecían padecientes en sus casas (Diario de campo, junio 2020). Se fraguó así un escenario de control que trascendía la ya evidente presencia policial y se instalaba en la cotidianidad de los espacios populares de la ciudad. Desde el discurso estatal, el temor de la enfermedad fue redirigido hacia el fortalecimiento de la vigilancia como estrategia sustitutiva del cuidado y la promoción comunitaria de la salud.³⁴ Frente a la carencia de recursos institucionales para la gestión integral de la emergencia, se optaba por la resignificación de la enfermedad como un asunto de *amenaza colectiva*. Así, se profundizaba el mensaje gubernamental del aislamiento al mismo tiempo que se producían las condiciones para securitizar aún más ciertos territorios de la ciudad.

En una de las publicaciones realizadas desde el Ministerio de Gobierno sobresalía la imagen de dos mujeres indígenas acorraladas por más de diez funcionarios de la policía municipal en los alrededores del Mercado Mayorista, en el centro de Quito. El mensaje que acompañaba la

³⁴ Tal y como lo señala el médico de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Xavier Maldonado, la red territorial de promotores de salud había prácticamente desaparecido y lo único que quedaba era la infraestructura de atención hospitalaria- ya saturada (Maldonado, comunicación personal 15 de agosto 2020).

imagen señalaba que: “No se resuelve nada cerrando los mercados porque las personas buscan y adaptan (peores) lugares. Es un desafío de organización, organización, y disciplina. ¡Tenemos que lograrlo! El trabajo de los alcaldes y los vecinos ¡es clave!” (Romo, publicación en perfil de Twitter, 3 de abril del 2020).

Otras noticias similares se reproducían de forma viral por las redes sociales de Ministros-as, Alcaldes, funcionarios de la policía municipal y medios de comunicación. Le hablaban a la ciudadanía ecuatoriana como un llamado de atención a la indisciplina por incumplir el mandato institucional del aislamiento. Los escenarios recurrentes en estas notas eran los pasajes del Centro Histórico, los mercados principales que abastecen la ciudad y las veredas de los barrios del sur en las que se amontonaban las ventas informales. “Autoridades llaman al cuidado sanitario tras incidentes en el Mercado Mayorista de Quito,” “En Quito, los vendedores agreden a los funcionarios que buscan cumplir su labor,” y “La mayoría de las aglomeraciones en Quito se registran en el centro y sur de la ciudad” seguían siendo titulares de prensa (Redacción Primicias 2020c; Redacción Cero Latitud 2020).

La mirada del ojo público se focalizaba en el comportamiento de barrios como La Ferroviaria, La Ecuatoriana, Guamaní, Chillogallo, La Argelia, Zolanda- todos ellos lugares habitados por los sectores más empobrecidos de la capital. Las herramientas de geolocalización, y “mapas de calor” permitían a las autoridades intervenir los espacios que presentaran riesgo de contagio por aglomeración. En las fotografías de estos operativos, sobresalían los grupos de mujeres cargando costales de alimento, vendiendo implementos para la prevención del virus, golosinas, mascarillas, frutas y verduras. Rostros de mujeres con rasgos indígenas, campesinas, afroecuatorianas, todas ellas trabajando o comprando en las calles la comida para alimentar a su familia. Hombres transportando cargas de arroz, frijoles, quinua y avena; otros; comerciando bebidas, productos de limpieza y más alimentos. Familias completas que *tenían que* salir a la calle a pesar del mandato de confinamiento.

Todos ellos eran amenaza por “indisciplina y mal comportamiento”. Según las autoridades del estado no existía justificación posible para legitimar la violación de las medidas sanitarias en aquella magnitud. Distintas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, distribuían cientos de kits de alimentos por los barrios del centro y sur de Quito que debían

ser suficientes para evitar que estas familias retomaran las calles para sus actividades comerciales de subsistencia.

En una ocasión, la red de Mujeres de Frente recibió una donación de estos kits para redistribuir entre las familias que componen la organización, todas ellas provenientes de los barrios sitiados como focos de contagio. Analía fue una de las beneficiarias de estos paquetes de alimentos. El kit que recibió contenía alimentos procesados altos en azúcar (Diario de campo, mayo 2020).³⁵ Con esto debía alimentarse ella y su nieto por al menos una semana. Por su condición de salud tuvo que redistribuir muchos de estos alimentos entre sus vecinas que aprovecharían las golosinas para entretener a los y las niñas del barrio mientras permanecían en casa. Otras compañeras de la red que recibieron la donación afirmaron sentirse ofendidas por la calidad de los productos:

Esto no es alimenticio, ¿cómo nos mandan esto si se supone que deberíamos estar comiendo bien para no enfermarnos? Si yo quiero cuidar la salud de mi familia igual voy a tener que salir a ver qué consigo para alimentarlos. No sé, un poco de avena, quinua, un poco de fruta del mercado, ¿por qué no nos mandan de eso? (Testimonio de Yolanda al recibir el kit de alimentos en comunicación con la autora, 14 de junio 2020).

Desde el Municipio, en alianza con el Ministerio de Inclusión Económica y Social se distribuían también otro tipo de kits que decían cubrir el 95% de las necesidades nutricionales de una familia (Redacción Primicias 2020a). Aunado a esta iniciativa se había girado un presupuesto extraordinario para otorgar bonos de apoyo económico a las familias en mayores condiciones de vulnerabilidad. Todos estos esfuerzos iban a dirigidos a garantizar un mejor cumplimiento de la fase de aislamiento social por parte de los sectores más controlados por el despliegue policial (Redacción The World News 2020; Jacome 2020).

“Quito reacciona” era el reclamo generalizado de los vecinos y vecinas del barrio de San Blas, en el centro de la capital, por una mejor distribución de los apoyos alimenticios y económicos que brindaban las autoridades de gobierno (Redacción Ecuador en la Mira 2020). Uno de los vecinos entrevistados señalaba que en su comunidad nunca había llegado ni un solo paquete

³⁵ En la ciudad de Guayaquil se registraban denuncias también por la calidad de los alimentos que componían los kits entregados por la Alcaldía. Ver: (Testimonio de vecino de Guayaquil 2020; Redacción Ecuador Tv 2020a)

de ayuda. Otro, afirmaba que su familia no tenía nada qué comer y había aplicado al bono del MIES sin obtener aún, una respuesta. (Redacción Ecuador en la Mira 2020).

La entrega de kits de alimentos no suavizaba la crudeza del empobrecimiento en la capital. Lo que se leía desde la desobediencia civil era producto de una necesidad primaria de sobrevivencia en el contexto de la crisis humanitaria que desencadenó la pandemia:

Quito tiene la tasa más alta de pobreza del país. Las cifras de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indica que 8 de cada 100 quiteños están en el desempleo, casi el doble de la cifra nacional, que es de cinco por cada 100 personas (...) Jorge Yunda, alcalde de Quito, ha señalado que la ciudad tiene un registro de 22.000 vendedores autónomos, quienes durante la emergencia sanitaria por el Covid-19, no pueden usar la Licencia Única de Actividades Económicas (LUAE), para que así se mantengan en aislamiento domiciliario, una de las medidas que las autoridades insisten en que evita la propagación del virus (Redacción La Hora 2020 párrafo 7).

Analía recuerda que, durante las primeras semanas de encierro, las calles de su barrio, "Marta Bucarám", parecían desiertas. Nadie podía salir porque había presencia policial para resguardar los espacios públicos de las aglomeraciones. Así, muchas familias que viven en su comunidad se quedaron sin opción de trabajar. Al principio, era más fácil mantener el orden porque a nivel interno de los grupos familiares se lograban redistribuir los recursos. Conforme aumentaba la escasez, las actividades comerciales informales volvieron a tomar las calles (Silva, diario de campo 15 de junio 2020).

Las y los vendedores salían con temor de que les confiscaran la mercadería, les detuvieran o les sometieran a una humillación pública legitimada en el marco del estado de excepción vigente. Jeanneth, una compañera de la organización, fue víctima de la represión policial en un contexto similar a éste. Una vez que salió con sus hijos e hijas a buscar comida para la familia fue duramente reprendida por la policía municipal que obligó a las y los niños que le acompañaban comerse los alimentos crudos que habían recogido al salir (Mujeres de Frente 2020d).

Cuando conversé sobre este incidente con Analía y otras compañeras, Analía describió un par de episodios similares que se llevaron a cabo en el barrio donde vive: "los tratan como

delincuentes, como si no fueran pueblo igual que ellos (los policías). Como si salieran para hacer una maldad, no se dan cuenta que es gente pobre, que lo que quiere es salvarse porque si uno no busca salvarse nadie lo va a ayudar” (Silva en comunicación con la autora, 15 de junio 2020).

Era claro que las autoridades locales hacían uso de la coyuntura para retomar el discurso de limpieza de la ciudad y profundizar el alcance de los cuerpos de vigilancia pública.³⁶ En las conferencias de prensa, el micrófono lo compartían el Ministro de Salud Pública y la Ministra del Interior (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020a). Los datos sobre los contagios y muertes por COVID- 19 se presentaban en el marco de un discurso centrado en el control estatal ya no solo de los espacios públicos sino también de los espacios domésticos, en donde también penetraba este dispositivo de vigilancia gubernamental:

Ecuatorianos, hoy más que nunca, no salgan de casa, ¡la disciplina es vital! (...) No todos, no todos, no todos están haciendo bien las cosas. No todos están siendo responsables con la familia y con la sociedad. Gracias a las herramientas tecnológicas el gobierno dispone de un gran ecosistema digital (...) podemos confirmar, incluso mirar que hay personas inconscientes e irresponsables que a pesar de haber dado positivo o ser sospechosos de tener coronavirus salen a las calles, dejando una estela de muerte. Amenazan a sus familiares, a sus vecinos, amenazan a todos. Ellos son la amenaza, ¡no salgan de casa! (Cadena Nacional de televisión 20 de junio 2020).

“Afuera” circulaba aquello de lo que todas y todos queríamos protegernos. El *afuera* era un territorio concreto constituido por la presencia de aquellas subjetividades amenazantes que cargaban el riesgo de contagiar al resto de la población. El “otro” llevaba inscrito en el cuerpo la posibilidad de estar enfermo y contagiar al resto. En ese sentido, las personas que constantemente circulaban en los espacios públicos eran, desde el lenguaje de estado, los culpables del crecimiento desmedido de la enfermedad. El llamado era contra las personas

³⁶ Desde finales del 2019, se había fortalecido la presencia de policías municipales en las calles del Centro Histórico con el objetivo de “limpiar la ciudad de los comerciantes informales.” Así, fueron recurrentes los operativos para confiscar mercadería, multar a las personas que vendían en la calle y detener a quienes en ese proceso, mostraran algún tipo de resistencia. Estos controles se exacerbaban cuando desde el Municipio se anunció el intento de “reubicar” el comercio informal para sacarlo de las calles, las plazas y pasajes del centro de la capital (Redacción Ecuador Tv 2019; Bravo y Jácome 2019).

portadoras que continuaban circulando, aunque también se extendía a las personas “sospechosas de portar el virus” de los cuales también había que protegerse.

No es arbitrario que aquellos cuerpos sobre los cuales impactó el discurso securitario de la pandemia fueron los mismos que históricamente han sido sitiados por el control policial bajo la premisa de la seguridad ciudadana. Eran los cuerpos de las compañeras de la organización, sus hijos e hijas, sus amigos, vecinos, sus compañeros afectivos. Pero también, eran los cuerpos de todas y todos aquellas trabajadoras que no entraban en los criterios estipulados por el gobierno central y el Ministerio de Trabajo para realizar sus actividades laborales en casa: trabajadores de salud, de cadenas de distribución y comercio de alimentos, trabajadores de industrias y servicios bancarios, y trabajadoras y trabajadores públicos en la provisión de servicios básicos eran al mismo tiempo, expuestos al contagio y a condiciones laborales de explotación (Velasco, Tapia, y Hurtado 2020b).

Se trataba, ciertamente, de una masa de trabajadoras y trabajadores sin opción de permanecer en casa. Un amplio sector de la población, distinto y desigual entre sí, que enfrentaba día con día el riesgo de contagio sin el equipo de protección adecuado, y en muchos casos, con poco acceso a la información relacionada con el cuidado y la prevención de salud. En este escenario de precarización general de la vida, desde Mujeres de Frente identificamos los efectos diferenciados de la pandemia para las mujeres que integran la organización: sobrecarga de trabajo productivo y reproductivo, desprotección frente al contagio, falta de acceso a la información, condiciones previas de enfermedad y la continuidad del abandono estatal, nos hicieron repensarnos y redirigir esfuerzos colectivos por el sostenimiento de la vida y la reproducción social.

2. Una red de acompañamiento entre mujeres

Habían pasado siete meses desde que me incorporé al trabajo de gestión en Mujeres de Frente, cuando se decretó el confinamiento nacional obligatorio. Antes de la emergencia sanitaria, solíamos reunirnos semanalmente para discutir los proyectos en curso, las propuestas a futuro, los temas de contabilidad y administración y el balance periódico que cada una de nosotras presentaba sobre las actividades a su cargo. Mujeres de Frente sostenía un espacio físico en el Centro Histórico de la ciudad, donde confluíamos en un comedor popular, un espacio lúdico y de acompañamiento escolar para niños y niñas, talleres de arte

feminista, reuniones de formación política popular y desde donde desarrollábamos también procesos de acompañamiento legal. Por más de quince años, esta organización se ha constituido como una comunidad de cuidado y cooperación que se sostiene en la desigualdad y la diferencia.

Al establecerse el estado de excepción nos vimos obligadas a cerrar temporalmente el espacio y reorganizarnos en un nuevo territorio virtual.³⁷ A partir de ese momento, el colectivo se reconfiguró como un espacio de trabajo y reflexión sobre las intersecciones entre la enfermedad, el funcionamiento y efectos del estado punitivo y la precarización de la vida, a la luz de nuestras propias experiencias y de las mujeres que acompañábamos en la organización (Diario de campo, marzo 2020).

Bajo la premisa de que se trataría de un contexto temporal, realizamos nuestra primera asamblea virtual el 22 de marzo 2020. En este primer intento de reorganizar la gestión, buscamos contactar a todas las compañeras que conforman la red para conocer su situación frente a la emergencia sanitaria:

Nos dimos entonces el trabajo de buscar contactar a cada mujer que acudía regularmente a la organización, perteneciente a ella, cercana a ella, madres y cuidadoras de los niños, niñas y adolescentes del espacio de redistribución de cuidados. Este trabajo involucró entonces múltiples llamadas y la búsqueda de las compañeras a sus puestos de trabajo en las calles, eso para conformar un documento compartido para el acompañamiento singular de cada una de nosotras (Leon 2020, 44-45).

En términos generales, la transición hacia un sistema de acompañamiento y redistribución de recursos, asentado en el terreno de lo virtual, era motivado por una larga trayectoria de trabajo militante de base, en el espacio de lo urbano popular, entre las zonas difusas de lo ilegal y lo paralegal, entre el castigo y el estigma de la experiencia del encierro penal y de las múltiples violencias de estado que producen poblaciones protegibles, y poblaciones

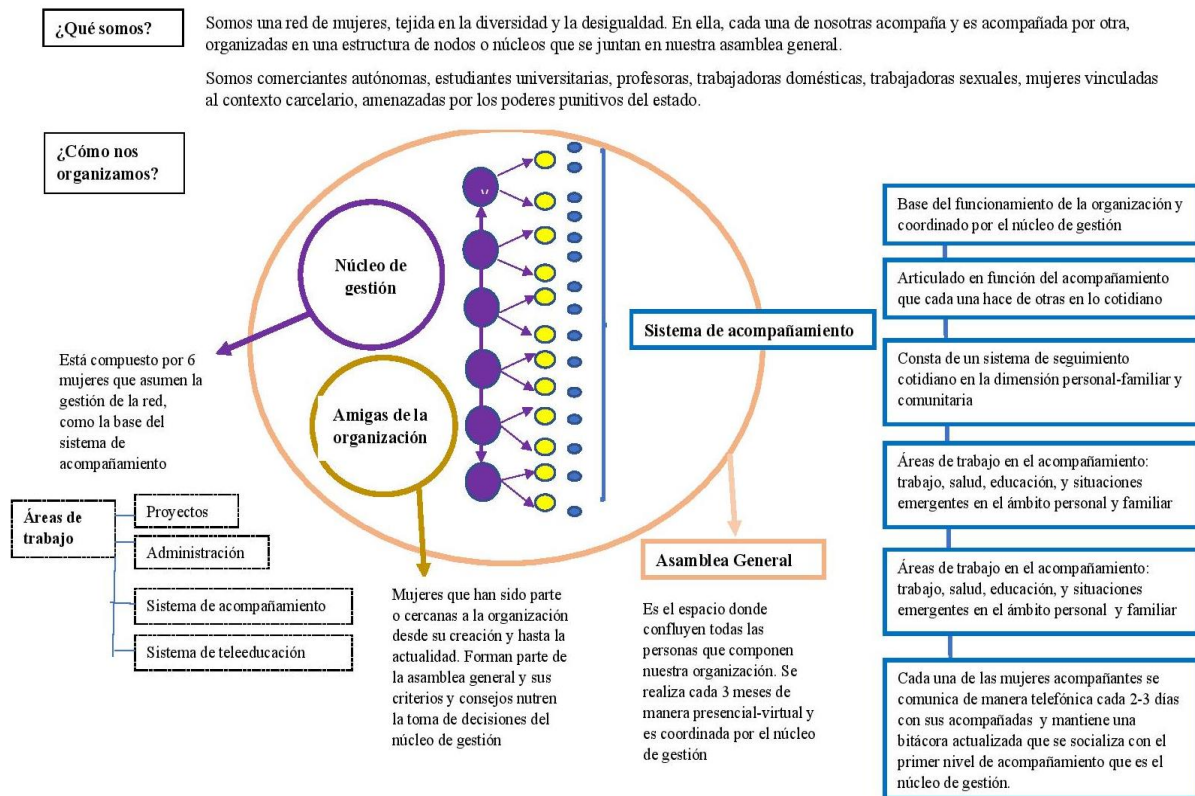
³⁷ Utilizamos la plataforma virtual zoom como base para sostener al menos una reunión de gestión semanal y posteriormente, desde ahí desarrollar el proceso de formación y promoción de la salud comunitaria. Esta segunda fase implicó una fase preparatoria en la que nos capacitamos en aspectos técnicos y logísticos para poder desarrollar las dos etapas del proyecto sobre salud y asegurar que todas las compañeras pudieran participar en todas las sesiones.

explotables al límite de la vida (Esposito 2009; Mujeres de Frente sitio web oficial 2020). Era un intento por rescatar aquellas redes de cooperación que, desde las economías populares, subsisten el empobrecimiento extremo al que conduce el neoliberalismo político y económico (Gago y Quiroga 2014; Gago y Cavallero 2019; Segato 2016; Aguirre 2019; Caba Mejía 2015).

De las veintiocho mujeres que inicialmente conformaban la organización, hasta agosto del 2020, nueve habían quedado en condición de desempleo. El resto se distribuía en los siguientes oficios, todos llevados a cabo en contextos de sobreexplotación laboral: comercio autónomo en la calle, ayuda en comercio familia, reciclaje, empleo doméstico, limpieza de hospitales y oficinas, costura, trabajo en mercados con puestos regulados, ayudante de cocina, trabajo sexual y tejido (Leon 2020, 45). En la figura 4.1, se muestra la reconfiguración de la organización en medio del contexto de pandemia.

Armamos una campaña de donación que nos permitió sostener por dos meses, transferencias semanales de veinte dólares por cada una de las veintiocho familias. La redistribución de los aportes nos permitió apoyar a mujeres como Analía, Gloria y Jeanneth, que súbitamente habían perdido sus fuentes oficiales de ingreso. Nos permitió extender el alcance de la red a otras compañeras, vecinas y familiares de las que ya formábamos parte, que se sumaron al sistema de organización, donación y redistribución de recursos buscando fuentes de donación, y redirigiendo los apoyos puntuales que llegaban hacia otros miembros y miembros de sus barrios y comunidades.

Gráfico 4.1 Estructura organizativa de Mujeres de Frente



Fuente: Mujeres de Frente 2020

A lo interno de la organización nos preguntábamos cómo habíamos logrado crecer en un contexto de tal aislamiento y precarización de nuestras condiciones de vida. Dentro del núcleo de gestión, trabajábamos casi cuatro horas diarias en tareas como la formulación de proyectos, el seguimiento del sistema de acompañamiento, análisis contable, atención a situaciones de emergencia y coordinación logística y administrativa de los proyectos en curso. De acuerdo con Andrea Aguirre:

El sentido de supervivencia es un sentido súper práctico, [que] fue tramando la red (...) Yo no siento autoría, como si las mujeres de la asamblea de gestión fuéramos las autoras plenamente voluntariosas de esto, sino que [...] que las cosas se fueron dando y que permitimos que suceda, y fomentamos que sucedan, y organizamos que sigan sucediendo (Aguirre, en comunicación con la autora, 19 de agosto 2020).

La consolidación de este sistema de acompañamiento facilitó el seguimiento del caso de Analía durante las emergencias médicas que experimentó en contexto de pandemia. Fue desde el tejido organizativo- ahora expresado en el terreno de lo virtual, que pudimos contactar con personal especializado dentro del Hospital Eugenio Espejo para facilitar su ingreso en un momento en el que los casos de COVID-19 abarrotaban este centro de salud. Fue a través de esta red que logramos gestionar los recursos para sostener una manutención mínima que le permitiera sobrevivir el impacto de la pandemia en las condiciones de confinamiento y desposesión en las que vivió esta coyuntura.

Conforme avanzó el crecimiento del contagio en Quito y la permanencia de una política de aislamiento que impedía trabajar a nuestras compañeras, identificamos lo que Navarro (2019) elabora como la *multiplicidad de la desposesión*, cristalizado en la experiencia de las mujeres que integran la red. Recordemos que, tal y como lo han analizado Aguirre (2019, 2010) y Caba (2015; 2010; 2017), las economías urbanas populares en Quito son sostenidas por mujeres, jefas de hogar de grupos familiares extensos, sobre las cuales recae no solo la sobreexplotación del trabajo precarizado (remunerado y no remunerado) sino también, la desposesión de condiciones mínimas para el sostenimiento de la vida (Gago y Quiroga 2014; Segato 2016; Goetschel 2019; Aguirre 2016).

3. Los talleres de salud

En medio de esta diversidad de contextos, desde el núcleo de gestión de la organización decidimos abrir un espacio de comunicación permanente por WhatsApp, en el cual se incluyera a todas las compañeras que conformamos la red. A través de este espacio fue posible sostener una vía de comunicación común por la cual intercambiábamos información sobre las situaciones específicas que atravesaba cada familia. Fue así como detectamos la urgencia por trascender la distribución semanal de recursos e idear un proceso de formación y promoción de la salud a través del cual desarrolláramos más y mejores herramientas de cuidado y prevención de la enfermedad, desde nuestras muy diversas realidades.

Cristina Vega, miembro del movimiento feminista de Quito, amiga y colaboradora de la organización, lideró la construcción colectiva de una cartilla que explicaba de manera sencilla, pero detallada, cómo enfrentar, prevenir y detectar el contagio. La siguiente imagen

muestra el resultado de esta construcción en la que participaron compañeras del movimiento feminista quiteño, y profesionales de la salud de distintas partes del mundo.

Gráfico 4.2 Cartilla de salud utilizada en el proceso de formación y promoción de la salud comunitaria



Fuente: Creación colectiva de la cartilla de promoción de la salud, 2020

Con imágenes, gráficos y textos cortos, la cartilla se estructura en cinco secciones que abordan (1) qué es el coronavirus, (2) qué peligros tiene para la salud individual, familiar y comunitaria, (3) qué podemos hacer para prevenirlo, (4) cuáles son las señales de alarma y qué hacer cuando aparecen, (5) y cómo cuidar a una persona enferma en casa. Sobre esta base se construyó un currículo formativo de 5 semanas en las que los miércoles y viernes nos reuníamos para discutir los temas desarrollados en la cartilla.

Los temas propuestos en el currículo del curso suponían una adaptación de las medidas de prevención y cuidado contra la enfermedad, a los contextos específicos de estas familias. Sabíamos que muchas de ellas vivían en condiciones de hacinamiento, que nuestras compañeras tendrían que salir a trabajar eventualmente y que deberían poder hacerlo tomando las precauciones mínimas para evitar el contagio. Gracias al sostenimiento de la comunicación constante entre nosotras, teníamos conocimiento de cuáles eran sus preguntas, temores y preocupaciones en torno a lo que se vivía en el país.

Frente a nosotras se expandía la emergencia sanitaria por un virus del que se conocía muy poco. La información era difusa y conforme avanzaba la pandemia surgían algunas hipótesis

sobre el comportamiento y prevención de la enfermedad. El discurso del gobierno se enfrascaba en la idea del confinamiento y la distancia, medidas que, como ya mencioné, resultaban improbables para muchas de nosotras. Fue así como optamos por reconocer nuestros contextos como un primer paso para la ejecución de un proceso de formación en salud desde las necesidades de las mujeres. Algunas de las medidas propuestas en la cartilla señalaban que:

Mejor no salir con los guaguas (a no ser que sea inseguro dejarlos)”, “sal con un envase de agua clorada (tipo spray) y utilízalo con frecuencia”, “desinfecta los guantes a menudo y cuando se tocan cosas (fundas, por ejemplo)”, “evita llevar la piel descubierta y el cabello suelto”, “si se puede usa gafas o máscara de plástico sobre la mascarilla para proteger ojos y cara”, “bebe agua (botella propia) (Morán Susana para Plan V 2020).

Cada una de las que conformamos el núcleo de gestión de la organización, se encargó de acompañar a un aproximado de cinco compañeras en el proceso de aprendizaje y capacitación del uso de la plataforma virtual Zoom. La logística preparatoria implicó asegurar que cada una de las participantes tuviera acceso a un teléfono o una computadora con capacidad de conectarse a internet en los horarios de clase. En este proceso, fue fundamental la capacidad de liderazgo y organización que demostraron las veintiocho compañeras, que, junto con vecinos y familiares lograron tener acceso a las herramientas tecnológicas del curso a tiempo para el inicio de la formación (Diario de campo, mayo 2020).

Para Analía, aprender a usar el Zoom fue uno de los retos más complejos en todo el proceso. Con ayuda de su nieto pequeño fuimos orientándola por teléfono para que instalara la aplicación y supiera cómo ingresar a las sesiones el día de la primera clase. En este proceso colaboró su otro nieto, su vecina, su nuera y su hijo, quienes también aprendieron cómo utilizar la aplicación. De repente, el proceso de formación en el que estaba inscrita Analía, se convirtió en un evento colaborativo del cual participaba su familia recurrentemente.

Así, lo que comenzó como un proyecto en el que participan veintiocho mujeres evolucionó a una segunda fase en la que cada una de ellas incluyó a una mujer más en la red, constituyendo un segundo nivel de acompañamiento. Las que iniciaron, pasaron a la fase de promoción en salud, mientras que las que recién entraban hicieron el curso de formación.

Para agosto del 2020, la red de Mujeres de Frente se conformaba por sesenta mujeres distribuidas en núcleos de acompañamiento mutuo.

Semana a semana nos conectábamos más de treinta mujeres a conversar sobre la salud, la enfermedad, el trabajo y los cuidados de nosotras y nuestras familias. En la figura 12 se muestra una captura de pantalla de lo que fueron las clases.



Fotografía 4.1 Sesiones virtuales del curso de formación en salud
Fuente: Mujeres de Frente 2020

La desigualdad que articulaba la red fue potencia para facilitar estos espacios y asegurar que todas pudiéramos formar parte. Heidy, una compañera del núcleo de gestión, encargada de la logística de recargas de Internet y organización técnica de las sesiones de formación recuerda:

Y cuando terminé de hacer las recargas, llegué y las vi a todas y me dio una ilusión, que yo no sabía que en realidad las extrañaba tanto, o sea de no verlas, no sé por qué cada vez que lo digo me da ganas de llorar pero es verdad, era una cosa así muy muy hermosa de verlas a todas, y me acuerdo de este momento tanto creo que nunca me voy a olvidar en mi vida, porque era como una gran reunión, había muchísimo ruido, o sea era imposible hablar [...]
(Mieles en Leon 2020, 51).

Al finalizar la presentación introductoria sobre el coronavirus, las mujeres pidieron la palabra para resolver sus dudas y consultarle al facilitador sobre sus experiencias particulares de enfermedad. En ese momento, dimensionamos la importancia que tendría este espacio de encuentro para atender las necesidades prácticas de las mujeres que, hasta el momento, no habían logrado el acceso a la información preventiva, ni a atención médica por parte del sistema de salud público.

El desafío en la facilitación de las clases implicó, no solo la traducción a un lenguaje sencillo de información técnica- especializada, sino también, complementar este proceso con un espacio de diálogo en donde las mujeres pudiesen resolver sus preguntas. De ahí que, de manera paralela al desarrollo de los talleres, se constituyó una red de telemedicina que apuntaba a brindar apoyo personalizado a las mujeres de la red, sus familias y entornos barriales, en cuanto emergía una situación de contagio y enfermedad. Tal y como lo sostiene el facilitador Xavier Maldonado, entrevistado por Leon (2020) :

Si bien al inicio fue poco, cada vez con más confianza, empezaron a tener confianza para llamar o mandar mensajes por temas puntuales de salud. Al inicio del curso más o menos hubo un evento así como medio tenaz, se quemó la hija de Marianita, tuvo una quemadura medio fea en la cara, había que tener precaución, entonces yo cuando hablé, le recomendé que vaya al hospital porque sí me daba miedo que ella vaya a quedar una cicatriz. Me dijo ‘Sabe qué, no voy a ir al hospital, tengo pánico de contagiarme, o me ayuda por teléfono, o me curo sola’. ‘¡Bueno, empecemos!’ Entonces fue una cuestión, creo que cada día o pasando un día, el compromiso era que ella me mandaba fotos, de cómo estaba la cara y luego hablábamos. ‘A ver, ves esta partecita que está ahí, cúrala aquí, ponle acá, límpiele aquí, cómprale esto, ponle esto, lalalalala’, y prácticamente hicimos el tratamiento así el primer mes, hasta que quedó bastante bien, bastante bien, no quedó ninguna cicatriz, y había una zona muy complicada porque tocaba el borde del labio que es una zona que puede quedar con algo de cicatriz, que es algo medio complicado. Claro Marianita y su hija fueron súper cuidadosas y todo, y, se logró (Maldonado citado en Leon 2020, 70).

Los vínculos de confianza que se construyeron entre Emily Salamea, Xavier Maldonado- facilitadores del espacio, y el resto de la red que participaba de las clases, fueron fundamentales para integrar el sistema de telemedicina al desarrollo de las sesiones formativas virtuales. Entre las presentaciones en Power Point, los trabajos en pequeños grupos y las exposiciones magistrales, se intercalaban constantes intervenciones de las compañeras que exponían sus propias emergencias.

También, conforme avanzó el curso hacia la primera fase de promoción en salud, estas intervenciones se mezclaron con preguntas en torno a los mecanismos de protección que ya comenzábamos a implementar en nuestras casas: la calidad de los desinfectantes, el uso

correcto de la mascarilla, y las preguntas sobre la alimentación más beneficiosa para fortalecer las defensas. El espacio que mejor se aprovechaba en las clases era aquel en que se dejaba de compartir la pantalla y nos veíamos las caras al momento de participar.

El observar la diversidad de contextos que se plasmaban en la imagen del Zoom nos recordaba las diferencias internas que conforman la red, y sin duda, las condiciones de desigualdad que también nos atraviesan. Al encender la pantalla, todas dejábamos entrar al resto en nuestros espacios domésticos, expuestos ahora a la mirada colectiva: veíamos a los niños y niñas correr detrás del rostro de las madres que gritaban por silencio para poder poner atención a la clase; percibíamos la condición de hacinamiento en la cual muchas de nuestras compañeras vivían el encierro, las podíamos ver y escuchar mientras cocinaban al mismo tiempo que estaban en la clase, lidiando con múltiples tareas simultáneas. Aún así, en medio de la emergencia, todas las compañeras del primer grupo del proyecto lograron concluir el proceso de formación.

En la segunda fase, se incluyó una nueva generación de estudiantes mientras que, las más antiguas, emprendieron la etapa de promoción de los conocimientos adquiridos en sus entornos familiares y comunitarios. Durante este periodo experimentamos lo que significa acompañar y ser acompañadas como un criterio central en el desarrollo de las sesiones: cada una tenía a su cargo un grupo de compañeras a quienes daba seguimiento semanal. Asimismo, el ingreso de la nueva generación de estudiantes implicó que aquellas que pasaban a ser promotoras eran también acompañantes de las más nuevas. Así, fuimos tejiendo una red de cuidados que integraban una dimensión más técnica- especializada (a través de la red de telemedicina) y una de carácter más interpersonal, que subsistía a través de los mensajes y llamadas que realizábamos entre nosotras.

Éramos multitud dentro un contexto de cercamiento generalizado. Muchas no nos conocíamos físicamente, pero manteníamos un contacto virtual y telefónico que permitió que las que enfermaban fueran sostenidas por sus acompañantes; que quienes enfrentaban la pérdida de sus trabajos o de su vivienda tuviesen un espacio adonde expresar su situación.

En plena emergencia sanitaria, se consolidaba una red de mujeres que persistió en el encuentro como estrategia colectiva de sobrevivencia. En esta red, descubrimos cómo la salud y la enfermedad eran temas políticos que sin duda nos ocupaban, pues se relacionaban

directamente con otros problemas estructurales como la precarización del trabajo, y la sobrecarga de trabajo pago y no pago que recaía sobre muchas de las mujeres que conforman el colectivo. Desde sus experiencias, testimonios y reflexiones, fuimos construyendo un lenguaje común sobre lo que considerábamos como salud, al margen de las definiciones aprendidas desde pequeñas. En la siguiente sección ahondo en la construcción de este intercambio y sobre todo, cómo se transformaron estos significados a lo largo del proceso.

4. “La salud es poder vivir la vida que queremos”

El viernes 25 de setiembre conversamos sobre los significados de la salud y su promoción comunitaria con las mujeres del segundo nivel de la red, que habían ingresado recientemente a la organización. En esta sesión les preguntamos a las compañeras qué entendían ellas por la “salud” y si este significado se había transformado en el contexto de la pandemia. Tránsito pidió la palabra y señaló que para ella “la salud es la vida. Poder vivir la vida que queremos” (Testimonio de Tránsito, clase de promoción de la salud, 25 de setiembre 2020). Magdalena intervino después y señaló que “la promoción de la salud nos permite cuidarnos entre nosotras, gracias al intercambio de información y el diálogo que generamos en las clases” (Testimonio de Magdalena, clase de promoción de la salud, 25 de setiembre 2020).

Ambas compañeras pertenecían al segundo grupo con el que emprendíamos el proceso de promoción de la salud. Algunas de ellas habían escogido como proyecto del curso, elaborar y distribuir mascarillas en sus barrios, mientras que otras optaron por la promoción puerta a puerta con base en el contenido de la cartilla que todas habíamos estudiado. Habían pasado cuatro meses desde que arrancamos con esta iniciativa y el contexto de emergencia sanitaria persistía, a pesar de que la ciudad cambiara de semáforo rojo a semáforo amarillo.³⁸

La opción de elaborar mascarillas y generar procesos de promoción de salud entre vecinas era la respuesta que habíamos ideado frente a la política estatal individualizante del “yo me

³⁸ En Ecuador, como en otros países de la región, se utilizó el sistema de semaforización para indicar el nivel de riesgo y el tipo de protocolos de prevención y seguridad que se implementarían en las distintas ciudades. El paso de semáforo rojo a amarillo y luego verde suponía la flexibilización de las medidas de confinamiento, restricción vehicular, cierre de negocios y presencia policial en las calles. Específicamente en Quito, este cambio se enmarcó en el contexto de la reactivación económica desarrollada en medio del crecimiento de casos positivos por COVID-19 en la ciudad.

cuido” con la que el Ministerio de Salud promocionaba la reactivación económica de la ciudad en medio de la pandemia:

El Gobierno Nacional, a través de la Secretaría General de Comunicación de la Presidencia de la República, presentó la campaña “Yo Me Cuido”, este miércoles 26 de agosto. La iniciativa tiene como objetivo concientizar a la ciudadanía sobre la importancia de asumir un compromiso personal en el cuidado y prevención de la pandemia del COVID-19 (...) Necesitamos que cada uno tome la responsabilidad en homenaje a los médicos, enfermeras, personal médico y a esa gente que se ha jugado la vida en estos momentos. Eso es lo que queremos lograr en “Yo Me Cuido” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020b).

El mensaje del gobierno era una continuidad del discurso que se había plasmado en fases anteriores de la pandemia, legitimado a través del cuidado individual como estrategia de protección de la “comunidad nacional.” Para compañeras como Tránsito, Magdalena y Analía, el “yo me cuido” era imposible pensarlo de forma individual. Las tres dependían de redes de apoyo y sostenimiento familiar y-o comunitario para sobrevivir, ya sea por su condición de salud (como en el caso de Tránsito y Analía que se realizan diálisis) o por las condiciones de extrema pobreza en las que habitan.

De ahí que resultaba importante organizar un tejido de información y protección colectiva que respondiera a la particularidad de contextos que habitamos las participantes de la red. Luego de llevar el curso de formación, para Magdalena resultaba claro que no podía defenderse la salud de manera individual: “si los vecinos no saben y no tienen cómo cuidarse, el problema de la enfermedad sigue ahí. Es una cosa que tenemos que defender en conjunto” (Testimonio de Magdalena, clase de promoción de la salud, 25 de setiembre 2020).

La mayoría que participaban del proceso de formación tenían a su cargo el cuidado de otros familiares. Tal y como lo analiza Typhaine Leon, compañera de Mujeres de Frente:

Si la construcción colectiva de conocimientos para la prevención y contención de la enfermedad fue lo que sustentó el proceso de formación y de promoción, las numerosas preguntas de las mujeres contribuyeron a dar un tinte particular a los encuentros virtuales. A medida que iba avanzando la formación, se formularon cada vez más preguntas en torno a los riesgos de contraer el COVID-19 para personas con enfermedades. Los encuentros se

volvieron un espacio inesperado para consultas de cuidados de personas con enfermedades graves, catastróficas y/o crónicas, sus riesgos de cara al contagio (Leon 2020, 67).

No habíamos previsto que el espacio de encuentro entre mujeres y profesionales de salud era una necesidad apremiante más allá del contexto concreto de la pandemia. La enfermedad recorría sus vidas cotidianas y esto se exacerbaba conforme crecían los contagios a lo interno de la red. Las preguntas sobre casos puntuales en el proceso de formación eran recurrentes, muchas de ellas, vinculadas a padecimientos de familiares y amigos que generaban temor entre nuestras compañeras (Diario de campo, setiembre 2020).

En muchos casos, los temores expuestos a la enfermedad se relacionaban con la posibilidad de no poder cuidar más de las personas que estas mujeres tenían a su cargo.³⁹ En otros, los temores se relacionaban con la necesidad de informarse y conocer estrategias de cuidado propio (familiar y comunitario) que les permitiera evitar salir a la calle y asistir a los centros de salud, ya colapsados por la atención de casos positivos de COVID-19. La presencia de un médico, Xavier Maldonado, y una salubrista feminista, Emily Salamea, como facilitadores del proceso constituyó un pilar fundamental para la participación activa de las mujeres en el proceso de formación. La red de telemedicina que articulamos de manera paralela a este proyecto dio como resultado un estrechamiento de vínculos de cuidado y acompañamiento a nivel interno de la organización.

Paula, afirmaba que con el acompañamiento de la red su miedo a enfermar había disminuido. Parte de la angustia que sentía antes de entrar a este espacio de formación virtual era que la pandemia había provocado el cierre del mercado donde ella trabajaba, y el aislamiento había tensado las relaciones familiares. La situación en casa se había traducido en un aumento de síntomas físicos similares a los que se sienten cuando se está contagiada de COVID-19, pero las pruebas que se realizaba seguían saliendo negativas:

Señorita Vanessa, yo no sé que me pasa. Es tanto el estrés que siento que a veces me siento como si estuviera contagiada. Me falta el aire. Pero no tengo el virus. Solo que siento tanta

³⁹Identificamos estas relaciones entre el cuidado y la enfermedad a través de las sesiones del curso y las reflexiones que semanalmente teníamos en la asamblea de gestión. Sobre este tema, la compañera Typhaine Léon profundiza en su investigación sobre los cuidados y el proceso de formación y promoción de la salud comunitaria desarrollado desde Mujeres de Frente (Leon 2020).

tensión porque no tengo trabajo, (...)porque tengo que cuidar a los niños y ya no sé qué darles de comer. Y lo peor de todo, es que si no hablo con ustedes yo no tengo con quién hablar. Yo le pregunto al señor Xavier y a la señora Emi y les pregunto si estoy enferma pero me dicen que no, que no es coronavirus. Y si no es eso entonces es el estrés señorita Vanessa (Paula en comunicación con la autora, 5 de julio 2020).

Una situación similar sucedía con Analía. El acompañamiento telefónico regular se había convertido en un espacio complementario al proceso de formación que servía para el intercambio de experiencias, para escucharnos y dar seguimiento a nuestra salud: “Ya me han quitado tanto, me han privado tantas veces de la salud que ahora parece que solo queda para mí la enfermedad. Solo cuando estoy con ustedes en eso de la salud, o conversando por teléfono es que siento que hay algo más que la enfermedad para mí” (Silva en comunicación con la autora, 20 de setiembre 2020).

El acompañamiento se había transformado en un sinónimo de bienestar para nosotras y, sobre todo, para las compañeras que atravesaban contextos de padecimiento. Analía reconoce que en los momentos en que se sentía sola, su cuerpo le arrojaba señales físicas de alarma “me siento débil, frágil, vulnerable en la enfermedad”- decía (Silva, conversación telefónica, 20 de setiembre 2020). Había días buenos y días malos, momentos en que las conversaciones giraban en torno a los afectos, la salud y la risa, y otros, en donde la incertidumbre, la enfermedad y el dolor acumulado se manifestaban con más fuerza.

En una de las clases del proceso de formación discutimos sobre nuestras nociones de la salud. Ya Tránsito nos había aclarado que para ella esto se relacionaba con la posibilidad de vivir la vida que queríamos, otras compañeras afirmaban que se trataba de “sentirse bien” “sin enfermedad” (Diario de campo, setiembre 2020). Los diálogos sobre el significado de la salud transitaban entre los conocimientos aprendidos y las experiencias de vida. Para algunas, la pandemia había llegado a recordarnos la condición de vulnerabilidad en la que nos encontrábamos; no había opción para la salud “completa” en un contexto de vida atravesado por la desposesión y la violencia.

Sus experiencias develaban los límites de la noción hegemónica de la salud, vigente en la normativa nacional e internacional aprendida por muchas de nosotras como un sentido común: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización de las Naciones Unidas 1948). Al entender la salud como un estado, tendíamos a ver nuestras condiciones de vida siempre a través de la carencia, de la falta de acceso a este *estado* ideal de bienestar (Maldonado, comunicación personal 15 de agosto 2020). Los testimonios de Analía, Paula, Tránsito y Magdalena daban cuenta de un sinnúmero de vivencias que discutían esta definición, sobre todo las que se producían durante la pandemia, conforme ellas y sus familiares habían enfermado.

En el nombre de esta definición de salud, se había desplegado una campaña de promoción de medicamentos y productos de cuidado contra el COVID-19 en las cadenas de farmacias del país. En los primeros meses, muchos comercios se desasbastecieron de paracetamol y mascarillas, luego, subieron los precios de estos productos y se multiplicaron las ofertas de kits completos contra el contagio (Diario de campo junio 2020). Alcohol en gel, vitaminas, desinfectante, cloroquina, eran algunos de los productos más vendidos.

En las primeras clases del curso de formación, era común escuchar preguntas sobre métodos alternativos de cuidado más afines a las condiciones de acceso de nuestras compañeras. Previendo este escenario, tanto Emi como Xavier- facilitadores del proceso, retomaron la sección de la cartilla en donde se señalaban algunas recomendaciones para adaptar estas estrategias de prevención a la realidad de la red. Se retomaron elementos provenientes de la medicina ancestral, muy conocidos por nuestras compañeras; se incentivó el proceso de aprender a hacer nuestro propio equipo de protección.

A partir de esta experiencia desarrollamos un taller posterior para aprender a hacer mascarillas (ver fotografía 4.3). Cada una de las compañeras que escogió este proyecto hizo al menos cinco por semana (durante cinco semanas) para repartir entre sus familiares y vecinos.



Fotografía 4.2 Mascarillas construidas por Magdalena para el proceso de promoción de la salud
Fuente: Fotografía tomada por Magdalena en el proceso de promoción de la salud comunitaria

Al inicio, el proceso de distribución de mascarillas en las comunidades no fue fácil. Según cuenta Ángela:

Era muy difícil acercarse a las personas que una no conoce y ofrecerles una mascarilla así no más. La gente no confía, siempre cree que uno busca otra cosa o que al final se las va a vender. A mí me daba vergüenza, pero ya ahora me siento más cómoda haciendo esto. Es que es muy importante. Me siento orgullosa (Testimonio de Ángela, proceso de formación, 25 de setiembre 2020).

Algo similar le sucedió a Paulina, nuera de Analía, quien también se sumó al proyecto bajo la iniciativa de promoción "puerta a puerta." En una conversación telefónica que tuvimos las tres, Paulina señaló que al inicio le costó mucho "quitarse la vergüenza" y conversar con la gente de su barrio sobre estrategias de prevención contra el coronavirus. Analía intervino en ese momento de la conversación para decirle a Paulina que "cómo le habían enseñado en el curso, no tenía que tener vergüenza porque ella era ahora una maestra y tenía conocimiento sobre lo que hablaba" (Diario de campo, setiembre 2020).

Habían pasado tres meses desde que iniciamos el proyecto de formación. Los encuentros virtuales semanales habían facilitado estrategias colectivas de cuidado que nos permitían sobrellevar el contexto de pandemia, y al mismo tiempo, como lo señalaba Analía, nos habían hecho sentir "maestras" en nuestras comunidades. En una ocasión, Analía nos contaba que

gracias a lo aprendido en estas sesiones, había logrado desmentir algunos mitos sobre el virus que se reproducían entre sus compañeros de diálisis: “ellos decían que el virus también entraba por la piel, y que se podía transmitir por el sudor. Yo les dije que eso no funcionaba así y les expliqué, así como nos explicaba el doctorcito Xavier” (Diario de campo, setiembre 2020).

Hablamos de nuestros cuerpos situados en nuestras experiencias de vida y localizamos puntos de encuentro entre nuestras vivencias y las de algunas compañeras. En una de las sesiones, Analía interrumpió la clase para contarnos de la situación que vivía en la clínica y la necesidad que tenía de buscar otro centro donde hacerse la diálisis. Nos contó lo que había vivido en la clínica ese día y nos mostró cómo sus párpados seguían ennegreciendo. En cuanto terminó de hablar, Yolanda y Margarita abrieron su micrófono para saludarla y decirle que tenía que recordar que “no estaba sola” y que nosotras todas estábamos acompañándola en este proceso.

Paula, otra compañera de la red, me contactó al final de la clase para preguntarme cómo seguía Analía. Así, cada vez que alguna contaba que había enfermado o que estaba a cargo de algún familiar enfermo, el resto escribía mensajes de apoyo por chat o preguntaban a sus acompañantes después de clase por el estado de las otras (Diario de campo, setiembre 2020). En las interacciones cotidianas tejíamos salud y acompañamiento. Desde aquel territorio virtual nos habíamos acercado a trabajar como una red organizativa que poco a poco crecía, a través del ingreso de nuevas compañeras- vecinas o familiares de las que habían ingresado al inicio de la pandemia. Esa era nuestra trinchera, como bien lo señala “Gloria D.”- una compañera de la red “somos esas mujeres, humildes, pero guerreras, sosteniendo al mundo” (Testimonio Gloria D en diario de campo, setiembre 2020).

5. Conclusión

Si la coyuntura de pandemia había servido para profundizar las lógicas de inmunización en contra de las poblaciones encarceladas, lo que muestro en este capítulo es que también sirvió para su reproducción fuera de las prisiones, como continuidad de la política de limpieza social que por años ha penetrado los espacios públicos donde se gestan las economías populares de sobrevivencia. La criminalización de las actividades económicas callejeras, se reprodujo

como un sentido común sustentado en la idea de que el control de la emergencia sanitaria era un asunto de seguridad ciudadana.

Las economías de sobrevivencia fueron reinterpretadas como faltas al orden público, de una manera que presentaba como asunto de seguridad, el problema estructural de las desigualdades sociales en el Ecuador. Así, muchas de nuestras compañeras en la organización sufrieron la represión policial cuando salían a la calle en busca de alimento. De ahí que, como lo sostiene Analía, “la salud que debe ser un derecho ahora es un privilegio de clase” (Silva, diario de campo, setiembre 2020).

La criminalización iba más allá de la persecución policial en la calle. Se expresaba también en la imposibilidad del sistema de salud pública por atender el crecimiento de los contagios en los barrios populares de la ciudad. Se materializaba, además, en el despojo de medios de vida, y en el tratamiento asistencial por parte del estado, que entendía como “atención de los grupos prioritarios” el hecho de entregar kits de alimentos que contenían mayoritariamente, productos procesados y altos en azúcar. Incluso, se reflejaba en la falta de acceso que tenía gran parte de la población a información clara sobre cómo prevenir y tratar el contagio, adecuada a la particularidad de sus contextos. Paralelamente, el “yo me cuido” como eslogan gubernamental en la fase de apertura económica, operó como un legitimador de la noción neoliberal de que cada uno se labra su propio destino en medio de una pandemia que obligaba a pensar políticas de cuidado desde las comunidades.

Nuevamente, el contexto mostraba la materialización de lo que Navarro (2019) elabora como “desposesión múltiple,” que daba cuenta de las alianzas entre el estado y la reproducción de un orden económico que se sostiene de la desigualdad y la expropiación violenta de recursos, territorios, derechos y condiciones para una vida digna. Bajo la categoría de un ilusorio “bien común” el estado legitimó una política individualizante del cuidado que no hacía más que profundizar la ruptura de los tejidos comunitarios que aún sobreviven en las ciudades. El “cuidado” había sido reducido por el estado a la protección de las esferas privadas y domésticas que terminaba traducéndose en una lógica de “sálvese quien pueda”.

Construir condiciones de posibilidad para sostener la vida de los cuerpos-territorios excluidos del acceso a la salud pública fue la reacción de Mujeres de Frente; posible gracias a la

conjunción de las múltiples y diversas experiencias de compañeras que, como Analía, sobreviven a través de la constante disputa por la autonomía sobre su cuerpo y su salud. Nos encontramos en un territorio virtual desde donde pudimos intercambiar historias, diálogos y saberes sobre cómo protegernos- juntas, no solo de la enfermedad, sino también, de la violencia de estado.

Esto fue posible, gracias a la articulación de varias iniciativas feministas de la ciudad que supieron identificar los efectos diferenciados de la pandemia para las mujeres, familias y entornos barriales de los sectores más empobrecidos, en los que la enfermedad se reproducía masivamente, al margen de una política de cuidado y prevención estatal.⁴⁰ Pero sobre todo, fue posible gracias a una trayectoria de trabajo en desigualdad que mantenía vivo un tejido organizativo que pudo recomponerse en pandemia y adaptarse a un contexto virtual que, gracias a los afectos, los cuidados y el acompañamiento cotidiano, pudo sostenerse por meses. Día con día, nos dimos cuenta de que las alianzas eran lo que nos permitirían enfrentar el contexto que vivíamos. Así fue como consolidamos una red de más de cincuenta familias lideradas por las compañeras de la organización sostenida por meses a través del acompañamiento "una a una, y el cuidado cooperativo entre todas. A pesar de la securitización de la ciudad, el trabajo cotidiano de la organización daba cuenta de la persistencia de un tejido urbano comunitario que sobrevive a la criminalización histórica de los sectores populares. En este sentido fue que, discusiones que estaban pensadas para abordar los efectos inmediatos de la pandemia, se expandieran a espacios de encuentro y reflexión sobre la violencia de estado que se ejerce a través de la gestión pública de la salud y la enfermedad. De ahí que, para gran parte de las compañeras, no fuera posible entender la salud al margen de la autonomía; de la capacidad de escoger y poder "vivir la vida que una quiere vivir"- como lo dijo Tránsito.

En sus palabras se cristalizan las múltiples luchas que han librado compañeras en las cárceles, en las calles, en los hospitales, los centros médicos, las clínicas de diálisis, los parques y sus propias casas. Se sintetiza también la trayectoria de vida de Analía y su incesante lucha por decidir sobre su cuerpo. A pesar de que constantemente repetimos que la salud era- en

⁴⁰ Este proceso, como ya señalé en el texto del capítulo, fue posible gracias a la articulación con varias organizaciones feministas de Quito y otros países que se sumaron para dar vida al proyecto de la cartilla de salud comunitaria liderado por Cristina Vega.

principio, un estado de ausencia de enfermedad, con el pasar de las sesiones fuimos encontrándole otro sentido, semejante a un *proceso* dinámico y plural que nos movilizaba hacia la organización colectiva como estrategia de sobrevivencia. Así, estratégicamente, reclamamos al estado el acceso a la salud, al mismo tiempo que buscamos agenciarnos la salud entre nosotras.

Conclusiones

La lucha colectiva por la dignificación de la vida

Salí del Ecuador a mediados de julio del 2020, cuando el contexto sanitario permitió la apertura de fronteras aéreas y se abrió la posibilidad de regresar en un vuelo humanitario a Costa Rica. Fue hasta ese momento que pude dimensionar el complejo camino recorrido y las transformaciones estructurales que había tenido este trabajo, desde aquel primer momento en que conversamos sobre la necesidad de indagar en la gestión estatal de la salud en los contextos penitenciarios.

No fue sino a través del vínculo político-afectivo, construido con Analía y Mujeres de Frente, que me di cuenta que, al preguntarme por las experiencias de padecimiento de una mujer afroecuatoriana en contextos de encierro, planteaba, necesariamente, una pregunta por la manera en que el estado gestiona de manera diferenciada el control y abandono de la vida de las poblaciones. No fue sino a través de la reflexión constante y colectiva, que también me di cuenta de que ahí, en medio del despliegue exacerbado del control social- en la prisión, en las calles y en la clínica, se gestionaban territorios de politización.

La pandemia resultó ser un contexto privilegiado para visibilizar el engranaje histórico entre la administración estatal de la salud y los procesos de desposesión y empobrecimiento de los sectores populares que sostienen la gestión neoliberal de las desigualdades sociales. Durante la emergencia sanitaria, la relación entre enfermedad y criminalización cobró un nuevo sentido, visible en el contagio masivo de las poblaciones más desposeídas, y la traducción estatal de la prevención en términos de persecución de los sectores populares- construidos como enemigos internos de la comunidad nacional.

Nueve meses después de que se decretara el confinamiento obligatorio, los límites entre la crisis sanitaria, económica y humanitaria se difuminan en el cuerpo de las mujeres que, como Analía, hacen lo posible por resistir la penalidad estatal en medio de la emergencia. Ahí mismo, en el territorio corporal como espacio de vivencia y memoria, se tejen estrategias de contestación a las prácticas de expropiación expansiva que caracteriza el régimen de securitización de la vida.

A través de las experiencias de enfermedad y confinamiento de esta mujer afroecuatoriana, compañera de Mujeres de Frente pude comprender (1) cómo bajo la idea de la *excepción*, el estado legitima la explotación, el abandono selectivo y la violencia de ciertas poblaciones que son excluidas de la idea de comunidad nacional y que agrietan, desde la prisión, los espacios de atención médica y las experiencias organizativas populares, la política de inmunización a la que son sometidas, (2) cómo el cuerpo se torna síntoma de la desposesión múltiple que atraviesa la historia de Analía y cómo en medio de ese contexto, ella encuentra un lenguaje político de disputa por la salud y la dignidad y (3) cómo en medio del despliegue estatal de un discurso que homologaba la salud con la seguridad ciudadana y la criminalización de los tejidos populares de sobrevivencia, se sostienen experiencias de cuidado y acompañamiento que evocan la salud comunitaria y la defensa de un cuerpo- territorio popular y colectivo.

Sobre la base de estos argumentos, cobró sentido la idea de que el estado penal se expresa más allá de las instituciones históricamente vinculadas al castigo y al control social, y se expande hacia las esferas que administran *lo social*, emblemas de los estados del bienestar, y en el caso particular del Ecuador, del "Socialismo del siglo XXI". Al analizar la trayectoria de investigación- acción de Mujeres de Frente y el trabajo que, desde la antropología política, se ha preguntado por los procesos de formación de estado en América Latina, cobró relevancia la idea de no dar por sentado el sentido que adquiere lo estatal en las experiencias analizadas, sino más bien, reconstruirlo a partir de ellas.

Desde esta lógica de análisis es que emergió, como hallazgo, que efectivamente el estado adquiere un sentido ambivalente con el que, no solo se discute, sino también se negocia. También, que la manera en que se relaciona Analía con el estado, es distinta a las formas y experiencias que podía producir yo u otras compañeras de la organización. Abrir la categoría de lo estatal a la pregunta constante, la tensión y la contradicción, se convirtió en un desafío analítico, pero también político. Implicó reconocer que, lejos de ser una externalidad contra la cual se disputa la vida, lo estatal estaba inscrito en nuestras prácticas y relaciones con instituciones, grupos y personas. Esa inscripción se plasmaba de manera distinta entre nosotras, aún y cuando partiéramos del consenso de que nuestro lugar es disputar la autonomía frente a las violencias organizadas por el estado.

Tal y como lo presenté en el capítulo 2, el silencio estatal sobre la realidad penitenciaria en contexto de emergencia dejó claro el consenso social que ve en la construcción de escenarios de castigo, la producción de condiciones para la inmunización de lo que el estado nombra “comunidad nacional”. Las experiencias de Analía en relación con la institucionalidad penal, mucho antes de decretarse la pandemia, daban cuenta de este consenso.

En las cárceles, regía un modelo de gestión penitenciaria que se engrandecía del principio rehabilitador, asentado en una promesa de mejorar el acceso a la salud, que nunca llegó. Por el contrario, el discurso jurídico progresista que amparaba este modelo de gestión se tradujo en una especie de cortina de humo frente a las prácticas cotidianas que se reproducían en las cárceles, mucho antes de la pandemia por COVID-19. El discurso institucional se reproducía distante de la realidad del sistema, tomando como bases indicadores que reducían la noción de *salud* a una ausencia de enfermedad física, o de acceso a recursos para el tratamiento de padecimientos. Sobre esa base, se legitimaba un régimen disciplinar que valoraba positivamente acciones como la de suprimir las visitas en nombre de la salud.

Los vínculos que se sostienen a pesar de este régimen, no solo con quienes permanecen fuera de prisión, sino también dentro, rompen la escisión entre el *adentro* y el *afuera* porque subsisten a través de redes de cooperación que juntan barrios, comunidades y grupos familiares de los cuales ellas siguen cuidando aún en la condición de aislamiento desplegada en las cárceles durante la pandemia.⁴¹ Esta cooperación se plasma en prácticas lenguajes y temporalidades diversas, específicas según el contexto, y dan cuenta de las posibilidades de agencia que se despliegan en medio de contextos como los analizados, donde el poder del estado pareciera incontestable.

Esto, lo constaté en el capítulo 3, donde expuse la relación entre las prácticas de violencia que se reproducen en los espacios médicos y la politización de la experiencia de enfermedad de Analía en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19. A través del seguimiento etnográfico de su riñón y la terapia de diálisis, pude dar cuenta que, así como no hay espacio

⁴¹ Esta idea sostiene los hallazgos encontrados por otras autoras que han trabajado ya por años en estos contextos. Hago énfasis en aquellos que han sido realizados por quienes forman parte de la red organizativa Mujeres de Frente, desde donde se articula una larga trayectoria de investigación-acción feminista (Aguirre 2016; Aguirre y Coba 2017; Coba 2010; Aguirre, León, y Ribadeneira 2020).

de su cuerpo exento de la intervención institucional, tampoco existen pausas en su disputa contra la violencia médica que se ejerce contra ella bajo la excusa de mantenerla con vida.

Desde el reconocimiento de sí misma como sujeta del racismo y exclusión social, Analía discute la justicia de estado y nombra la salud como un privilegio de clase. Reproduce el lenguaje estatal, a veces para criticarlo, otras veces para negociar con él y en otras ocasiones, también lo hace como efecto de las estructuras internalizadas de dominación. En esta dinámica, el estado va adquiriendo distintos significados que exponen (1) la multiescalaridad con la que se reproduce el poder estatal tanto en el plano de lo simbólico como de lo material, (2) que en medio de esta complejidad, las formas de relacionamiento con ese poder pueden estar atravesadas de tensiones y contradicciones y (3) que en medio de ellas, pueden gestionarse condiciones de politización.

Comprender la dimensión colectiva de este proceso, fue posible al momento de abordar el último objetivo de investigación, dedicado al análisis de la dimensión política del proceso de formación y promoción en salud comunitaria dirigido a la red organizativa de Mujeres de Frente como estrategia de sobrevivencia colectiva en contexto de pandemia. A través de la observación participante de este proceso, puede comprobar que las relaciones de sujeción que se producen en espacios como la prisión y los centros de atención médica no lo han cercenado todo; que queda siempre terreno para el encuentro y la puesta en marcha de una política para la vida que resista la gestión de la muerte desplegada sobre estas poblaciones.

Fue a través del acompañamiento cercano y cotidiano que sostuvimos por dos años, que Analía y yo llegamos a la conclusión de que su cuerpo es un espacio abierto de la memoria que recorre cada cicatriz que le ha dejado la intervención estatal a lo largo de su vida. Lo nombra en sus cicatrices, en la cadena de recuerdos que emergen cuando habla del hambre, el empobrecimiento y de lo que implica ennegrecerse conforme evoluciona su enfermedad. Pero, contrario al impulso inmovilizador del estado, Analía da cuenta de una tendencia vital de movimiento, de resistencia política llevada a la acción pública. Es en el ejercicio de esta fuerza en contra de la dominación, que emerge una crítica que resignifica las categorías de subordinación en términos de estrategia para la sobrevivencia.

Es por esta razón que concluyo que la trayectoria de vida de Analía, devela un proceso que tensiona la idea de que en contextos de sujeción, exclusión y violencia no existe espacio para

la subjetivación política. ¿Cómo resignifica Analía Silva sus experiencias de enfermedad y confinamiento como territorios de politización de la violencia de estado en contexto de pandemia? - fue la interrogante que finalmente dio vida a esta investigación. No hay duda de que las reflexiones en torno a esta pregunta fueron transformándose a la luz de un contexto que nos empujó al límite de la emergencia y la permanente incertidumbre. Sin embargo, reconozco que gran parte de esta transformación se lleva a cabo en la medida en que los afectos tejidos con Analía y el resto de las compañeras de Mujeres de Frente se tradujeron en un pensar- actuar político que resignificó el *límite* en términos de *posibilidad* y la crisis en escenario para el encuentro común, entre quienes en ese momento participamos de este espacio.

Sobre la base de ese encuentro fue que, en medio del proceso de investigación, me vinculé personalmente con el quehacer organizativo. La idea del *acompañamiento* cobró un sentido que iba más allá de una aproximación metodológica en el vínculo inicial con Analía e implicó la construcción de relaciones políticas tejidas desde el afecto y el reconocimiento de las compañeras que forman parte de esta red. Como lo dije al inicio de este trabajo, son ellas, quienes sostienen cotidianamente la vida en colectivo, a quienes les debo, no solo la posibilidad de haber concluido esta investigación, sino también, de haberlo hecho acompañada.

En la trayectoria histórica de Mujeres de Frente encontré caminos para sortear los desafíos metodológicos que emergen del trabajo en la diferencia y la desigualdad. Pero estos caminos, los encontré, sobre todo, en la dimensión *del hacer*, sobre la cual descubrí que también era posible *el pensar*. En esta relación es que logré comprender cómo en medio de la adversidad germina la acción colectiva, cómo, en un contexto regido por el cercamiento y la reindividualización de las relaciones sociales, juntarse con otras mujeres resulta en un acto político de reivindicación de la vida.

Insisto en que emprender este camino fue un ejercicio profundamente transformador, en lo académico, lo político y lo personal. Supuso la confrontación permanente entre un saber colectivo forjado por años de trabajo, y lo que fui descubriendo al ponerlo en diálogo con mi propio camino de reflexión. ¿Cómo sostener un proceso de reflexión y acción política cuando venimos de lugares tan distintos, cuando nos reconocemos diferentes y sobre todo,

desiguales?, ¿cómo es que podemos juntarnos a trabajar en colectivo cuando cargamos en el cuerpo dolores tan diversos? – son algunas de las preguntas que surgieron durante el desarrollo este proceso, y que adquirieron una importancia central al momento de vincular la investigación con el trabajo en la organización.

Al volver a estas preguntas me doy cuenta de que esta tesis no solo refleja el proceso de reflexión empírica y conceptual en torno a la pregunta de investigación, sino que también, es espejo de los aprendizajes que conlleva el acompañar. Pensar el acompañamiento como camino metodológico, apuesta política, y espacio de reflexión y acción feminista, fue el motor central de la construcción de este texto. Había identificado una necesidad por profundizar en los alcances y limitaciones de esta forma de aproximarse a la investigación, pero también, quería plasmar los múltiples aprendizajes que acuñé en el desarrollo de este proceso.

De múltiples maneras, investigar es poner el propio cuerpo a dialogar con otros. Tal y como lo sostiene Ahmed (2015), en la materialidad del cuerpo se abren nuevas dimensiones para comprender la complejidad de lo social. Esto en sí mismo, supone la discusión de la jerarquía de saberes legítimos en el desarrollo de nuestros estudios, pues recupera la dimensión de los afectos, los sentidos y la experiencia encarnada como objetos de análisis fundamentales. Lo que viene a romper la idea de investigar- acompañando es la noción de que quien investiga es externo a las condiciones contextuales que analiza. Esto es un principio que discute la aproximación etnográfica en general y la apuesta de la investigación acción feminista, en particular.

Para Donna Haraway (1995) el proceso de investigación feminista se caracteriza por su capacidad de producir y comunicar historias, que pueden ser compartidas entre muchas y muchos; cuyo rigor científico no es excluyente, sino más bien dado, por su carácter parcial y localizado. En este proceso, muchas que vinieron antes que nosotras, y otras que cultivaron con sus memorias y conocimientos este trabajo, intentamos traer al centro la subjetividad, la particularidad y el compromiso político crítico en aras de producir un conocimiento que pudiera sacudir, en algo, el status quo.

Es un ejercicio de apariencia titánica, porque implica reconocer las relaciones de desigualdad que atraviesan nuestros vínculos y trascender las tensiones que emergen de ellas para poder

politizarlas. Se trata de construir espacios para la comunicación que nos exigen escucharnos entre nosotras y poner en juego nuestras historias, con el objetivo de poder construir un proyecto colectivo que vaya más allá de la suma de nuestras diferencias. En esa construcción, tensionante y muchas veces atravesada por la contradicción, brotan las posibilidades de transformación; lo que Raquel Gutiérrez llama la "ruptura en medio de la continuidad del despojo" (Gutiérrez 2016).

Esta ruptura, pasa por la posibilidad de encontrar lenguajes organizativos que discuten la homogeneidad con la que tradicionalmente se han entendido los procesos de politización, o incluso, con la que se presentan las categorías de estado y ciudadanía. En ese sentido, el encuentro en la desigualdad como entrada organizativa permite el encuentro de quienes históricamente hemos sido separadas, producto del mandato patriarcal, colonial y capitalista que se sostiene de la resignificación de la diferencia en términos de la posibilidad de explotación.

Al encontramos, reconocemos la posibilidad de explorar esos otros escenarios desde donde continuamente se construyen tejidos de resistencia a la implacabilidad del gobierno estatal sobre la vida y muerte de las poblaciones: en las prisiones, en los espacios de atención médica, en las calles, los barrios populares, las plazas y los mercados encontramos espacio para discutir las estrategias de inmunización que se ejercen como continuidad de la violencia de estado.

En ese sentido, quedan abiertos múltiples espacios para seguir sosteniendo procesos de investigación-acción, comprometidos con la recuperación de esos "otros" escenarios en donde la cotidianidad se vuelve espacio de lucha; desde donde podemos evidenciar que el capitalismo, el patriarcado y el legado colonial que atraviesa nuestras sociedades no lo han roto todo. Es pertinente seguir adentrándonos en aquellos espacios no mapeados por la estadística, los informes oficiales y la política nacional de gestión de la vida. A nivel metodológico esto representa un desafío, pues supone ingresar a los intersticios de un contexto controlado casi por completo por el estado. Es ahí donde el recurso de los métodos cualitativos, la etnografía, la observación participante cobran relevancia, siempre y cuando, se desarrollen a la luz de reflexiones éticas y políticas en las que participen las personas con quienes nos planteamos las preguntas de investigación.

Tal y como lo evidencia la experiencia de la red organizativa de Mujeres de Frente, es posible crear una opción política trazada desde abajo y al margen de las lógicas liberales que reducen la idea de transformación al terreno de lo partidario-electoral. En las trayectorias de vida de Analía y las mujeres con las que me encontré a lo largo de ese proceso, identifiqué un vínculo entre politización y sobrevivencia. Para ellas, discutir la dominación que se ejerce sobre sus cuerpos no es una opción, es necesidad. Como bien señala Analía: “¿Cómo voy a dejar de luchar si es mi cuerpo?” (Mujeres de Frente 2020b, 45).

¿Es posible sostener un proceso de politización en contextos de violencia y vulnerabilidad? Dos años después de haber iniciado este intenso recorrido puedo responder que sí, que lo ha sido históricamente cada vez que recuperamos la voz para nombrar las estructuras de dominación que se ejercen sobre nuestros cuerpos y que, al mismo tiempo que resistimos, también internalizamos. Ha sido posible en la desigualdad, en medio del despojo y el padecimiento, en contextos de aparente normalidad pero también, en periodos de excepción.

No tuve la capacidad de profundizar en muchos caminos que se abrieron a lo largo de la investigación por las limitaciones de tiempo y la tensión política, económica y personal que se fue acrecentando con la emergencia. No pude, tampoco, cumplir la promesa inicial de entrar a prisión y sostener un trabajo con mujeres que estuvieran privadas de libertad y fueran diagnosticadas con alguna condición similar a la de Analía. En ambos casos, fueron decisiones riesgosas, tomadas como medida de autocuidado y también, como reacción a la imposibilidad de acceder a algunos datos por las condiciones del estado de excepción.

Opté por asumir los límites en el alcance de los datos que sí había podido construir, recopilar y analizar, y dejar abierta la posibilidad para que, en una nueva investigación, pudiera continuar abordándolos. Tomar esa decisión no fue fácil, sobre todo porque muchos hemos normalizado la idea de que un proyecto está completo, hasta que hemos tenido acceso a toda la información posible para responder a nuestra pregunta inicial. Consideré que tenía datos suficientes para plantear reflexiones abiertas y dispuestas a la crítica, y, sobre todo, que valía la pena compartir con el resto, los hallazgos a los que habíamos llegado en este proceso.

Transitar entre la escritura en primera persona singular y plural, era reconocer el diálogo entre lo que veces producíamos como consenso y lo que en otras ocasiones, yo registraba como un análisis personal. Poner en papel que a veces los desacuerdos impedían la concreción de un argumento, fue un ejercicio complejo, porque supuso reflexionar sobre esas zonas grises que se generan entre el diálogo con los otros, el vínculo colaborativo, las propias preconcepciones y el criterio de rigurosidad.

Llevar este debate al espacio académico supone un nuevo desafío, porque arroja preguntas importantes sobre la manera en cómo producimos conocimiento social y cómo pensamos la rigurosidad, la ética y la objetividad en la investigación. Pero también, porque en su limitado alcance, pregunta por el lugar que ocupamos como investigadores en los procesos que analizamos, las voces que reconocemos como legítimas y las estructuras de dominación que se transparentan en ese proceso. Esa fue la apuesta con la que nos comprometimos todas las personas que pusieron el cuerpo para darle vida a este estudio, ponerle el límite y dejarlo abierto a otros que vengan más adelante.

Lista de referencias

- Agamben, Giorgio. 1995. *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Verona: Giulio Einaudi.
- . 2005. *State of Exception*. Chicago: Chicago University Press.
- Agudo, Alejandro, y Marco Estrada. 2014. *Formas reales de dominación del estado*. México: El Colegio México.
- Aguirre, Andrea. 2010. *Vivir en la fractura: el castigo y las resistencias en la cárcel de mujeres*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2016. *La delincuencia en Quito entre 1960 y 1980: discursos y prácticas de punición, transgresión y resistencia*. Tesis doctoral. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2019. *Incivil y criminal: Quito como escenario de construcción estatal de la delincuencia entre los decenios 1960 y 1980*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Aguirre, Andrea, y Lisset Coba. 2017. "La vida en entornos penitenciarios: gestión de la maternidad en la cárcel de mujeres del Inca y en la regional Cotopaxi". En *Revista Debate*, 101: 73-85.
- Aguirre, Andrea, Typhaine León, y Nadia Ribadeneira. 2020. "Sistema penitenciario y población penalizada durante la Revolución Ciudadana (2007-2017)". En: Urvio, *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, 27: 95-110.
<https://doi.org/10.1177/0309133309346882>.
- Ahmed, Sara. 2015. *La política cultural de las emociones. Regulacion emocional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Almeda, Elizabet y Dino Di Nella. 2017. "Mujeres y cárceles en América Latina: perspectivas críticas y feministas". En *Revista de Sociología*, 102-2: 183-214.
- Almeida, Laddy. 2017. "Mujeres con pena privativa de libertad : ¿ quiénes son y cómo viven en una cárcel de Ecuador ?". En Urvio, *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad* 21: 240-55. <https://doi.org/10.17141/urvio.21.2017.2937>.
- Andrade, Xavier. 1990. *Pequeños traficantes: estudio antropológico sobre la comercialización de drogas ilegales en pequeña escala*. Quito: Fundación Nuestros Sueños.
- Antony, Carmen. 1998. "El rol genérico en la ejecución de la pena". En *Criminalidad y criminalización de la mujer en la región andina*, editado por Del Olmo Rosa. Caracas: Nueva Sociedad.
- . 2000. *Las mujeres confinadas: estudio criminológico sobre el rol genérico en la*

- ejecución y la pena en Chile y América Latina. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Aranguren-Romero, Juan Pablo. 2010. "De un dolor a un saber : cuerpo, sufrimiento y memoria en los límites de la escritura". En *Papeles del CEIC* 2-63: 1-27.
- Ares, Pablo, y Julia Risler. 2013. *Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Azaola -Garrido, Elena. 2013. "Criminalidad Femenina y Mujeres Presas por Delitos de Drogas en México". En *Las Mujeres a través del Derecho Penal*, editado por Cruz-Parcero Juan A. y Rodolfo Vázquez. México: Editorial Fontamara.
- Azaola Garrido, Elena, y Cristina Yacamán. 1996. *Las mujeres olvidadas: un estudio sobre la situación actual de las cárceles de mujeres en la República mexicana*. México: Colegio de México.
- Bonds, Anne. 2009. "Discipline and devolution: Constructions of poverty, race, and criminality in the politics of rural prison development". En *Antipode*, 41-3: 416-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8330.2009.00681.x>.
- Bourdieu, Pierre. 1999a. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- . 1999b. *Meditaciones pascalinas*. Barcelona: Anagrama.
- Boutron, Camille, y Chloé Constant. 2020. "Gendering Transnational Criminality: The Case of Women's Imprisonment in Peru". En *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 46- 1:177-195. <https://doi.org/10.1086/670827>.
- Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan: sobre los límite materiales y discursivos del sexo*. Madrid: Paidós.
- Cardona, Hilderman, y Zandra Pedraza (editores). 2015. *Al otro lado del cuerpo: estudios biopolíticos en América Latina*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Castro-Gómez, Santiago. 2010. *Historia de la gubernamentalidad: razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Castro-Neira, Yerko (compilador). 2019. *Antropología de la violencia*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Chonata, Jorge Fabián. 2012. «Análisis de supervivencia de pacientes en hemodiálisis en el periodo 2000-2010 en el Centro de Diálisis Dialcentro». Tesis Especialidad en Nefrología. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Coba, Lisset. 2004. *Motín y amores en la cárcel de mujeres de " el Inca "*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2006. "Las incardinaciones de "Claudia Mula": guerrera kamikase". *Revista Con*

- boca,1: 1-12.
- . 2008. "Rehabilitación: el verdadero castigo". En *Ejecución penal y derechos humanos: una mirada crítica a la privación de libertad*, coordinado por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Ecuador. Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- . 2010. Territorios del desarraigo: subjetividades penalizadas, entre la ley del padre y la ética materna. Quito: FLACSO-Ecuador.
- . 2015. Sitiadas: la criminalización de las pobres en Ecuador durante el neoliberalismo. Quito: FLACSO-Ecuador.
- . 2016. «Alienación: Una mirada ecofeminista al despojo de las aguas y la producción del padecimiento en el contexto petrolero de la Amazonía ecuatoriana». (Artículo no publicado).
- Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo. 2017. Mapeando el cuerpo-territorio: Guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios. Quito: Creative Commons.
- Constant, Chloé. 2016. Pensar las cárceles de América latina. Editado por Chloé Constant. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos.
- Cornejo, María José. 2008. Derecho a la salud, intimidad e integridad personal contra el derecho a la seguridad en los centros de rehabilitación social del Ecuador: un enfoque de caso. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
- Cruz, Delmy Tania. 2018. Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos. En *Solar*, 12-1: 35-46. doi. 10.20939/solar.2016.12.0103.
- Darke, Sasha, y María Lucía Karam. 2017. "Las prisiones de América Latina". *Revista Debate* 101: 53-71.
- Das, Veena. 2007. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. California: University of California Press.
- . 2008. "Sujetos de dolor agentes de dignidad". En *Veena Das: Sujetos de dolor agentes de dignidad*, editado por Ortega Francisco. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Dávalos, Pablo. 2016. Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Espinosa Miñoso, Yuderkys. 2012. "De por qué es necesario un feminismo descolonial:

- diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de identidad". En *Solar*, 12- 1: 141-71. doi. 10.20939/solar.2016.12.0109.
- Esposito, Roberto. 2009. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.
- . 2010. *Communitas: The Origin and Destiny of Community*. Common Knowledge. Stanford: Stanford University Press. <https://doi.org/10.1215/0961754x-1545175>.
- . 2012. "Inmunidad, comunidad, biopolítica". En *Las Torres de Lucca*, 1: 101-114.
- Esteban, Mari Luz. 2004. "Antropología encarnada. Antropología desde una misma". En *Papeles del CEIC*, 12: 1-21.
- Fleetwood, Jennifer. 2010. "Drug Mules in the international cocaine trade: diversity and relative deprivation". En *Prison Service Journal*, 192-1:3-8.
- Foucault, Michel. 2003. *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI Editores.
- . 2006. *Seguridad, territorio y población. Curso en el College de France 1977-1978*. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 2007. "El dispositivo de la sexualidad". En *Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Gago, Verónica. 2019. *La potencia feminista o el deseo de cambiarlo todo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Gago, Verónica, y Luci Cavallero. 2019. *Una lectura feminista de la deuda*. Buenos Aires: Fundación Rosa Luxemburgo.
- Gago, Verónica, y Natalia Quiroga. 2014. "Los comunes en femenino. Cuerpo y poder ante la expropiación de las economías para la vida". En *Revista Economía y Sociedad*, 19- 45: 1-18.
- Goetschel, Ana María. 2019. *Moral y orden: la delincuencia y el castigo en los inicios de la modernidad en Ecuador*. Quito: FLACSO.
- Gutiérrez, Raquel. 2016. *A desordenar! por una historia abierta de la lucha social*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Hernández, Aída. 2015. "¿Del Estado multicultural al Estado penal? Mujeres indígenas presas y criminalización de la pobreza en México". En *Justicias indígenas y estado. Violencias contemporáneas*, editado por Hernández Aída, Rachel Sieder y María Teresa Sierra. México: CIESAS.
- Hernández, Rosalva Aída. 2018. "Hacia una antropología socialmente comprometida desde una perspectiva dialógica y feminista". En *Prácticas otras de conocimiento*. México:

CLACSO.

- Hernández, Rosalva, y Anayanci Fregoso. 2017. "Bajo la sombra del guamúchil: historias de vida de mujeres indígenas". En *Revista Íconos*, 21- 57: 180-84.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives.pdf*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- LaCapra, Dominik. 2001. *Writing History Writing Trauma*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- . 2006. "Experience and Identity". En *Identity Politics Reconsidered*, editado por Martín- Alcoff Linda, Michael Hames-García, y Satya Mohanty. New York: Palgrave-MacMillan.
- Lagarde, Marcela. 2003. *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Leon, Typhaine. 2020. *Lucha por lo común y sostenimiento de la vida : Tejer afectos y territorios en tiempos de pandemia*. Tesis de Maestría. Université Paris Nanterre.
- Ludivina, Robles-Osorio, y Ernesto Sabath. 2016. "Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica". En *Revista de Nefrología*, 36- 5: 465-582. doi 10.1016/j.nefro.2016.05.004
- Marchese, Giulia. 2019. "Del cuerpo en el territorio al cuerpo- territorio : Elementos para una genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia". En *Entre Diversidades: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6- 13: 9-41. <https://doi.org/10.31644/ED.V6.N2.2019.A01>
- Marcus, E. 2001. "Etnografía en / del sistema mundo . El surgimiento de la etnografía multilocal". En *Revista Alteridades*, 11-22: 111-127.
- Martínez, Carmen. 2017. *Mujeres, Estado y reincidencia delincriminal en el Centro de Rehabilitación Social Latacunga. Actores, discursos y trayectorias*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Mbembé, Achille, y Libby Meintjes. 2017. "Necropolitics". En *Public Culture* 15 -1: 11-40.
- Meyers, Diana Tietjens. 2019. "Two Victim Paradigms and the Problem of " Impure " Victims". En *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 2-2: 255-75.
- Mitchell, Timothy. 2015. "Sociedad, economía y el efecto del estado". En *Antropología del estado*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Molima- Coloma, Verónica. 2019. *Salud mental en población penitenciaria ecuatoriana*. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco.

- Navarro, Mina. 2019. "Despojo múltiple sobre el tejido de la vida: impactos y resistencias socioambientales". En *Movimientos sociales y cultura rural*, 73: 11-42.
<https://doi.org/https://chapingo-cori.mx/textual/textual/article/view/r.textual.2018.73.01/3>.
- Nuñez, Jorge. 2005. *Cacería de Brujos: Drogas "Ilegales" y Sistema de Cárceles en Ecuador* Estudiante. Quito: FLACSO.
- Organización de las Naciones Unidas. 1948. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Estados Unidos.
- Paladines, Jorge. 2016. "La mano dura de la Revolución Ciudadana (2007-2014)". En *Postneoliberalismo y penalidad en América del Sur*, editado por Sozzo Máximo. Quito: CLACSO.
- Pontón, Jenny. 2007. "Cárceles del Ecuador: los efectos de la criminalización por drogas". En *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana.*, 1-1: 55-73.
<https://doi.org/10.17141/urvio.1.2007.1053>
- Puglisi, Rodolfo. 2019. "Etnografía y participación corporal . Contribuciones metodológicas para el trabajo de campo". En *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 9-17: 20-35.
- Rappaport, Joanne. 2007. "Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración". En *Revista Colombiana de Antropología*, 43: 197-229.
- Reyes, Martín. 2016. *La experiencia expropiada . El padecimiento en niñas y niños enfermos de cáncer durante la hospitalización*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ribadeneira, Nadia Soledad. 2018. *Repercusión del Nuevo Modelo de Gestión Penitenciaria en la- vida de la población privada de libertad , en el Centro Regional de Rehabilitación Social de Cotopaxi , durante los años 2014 y 2015 : Análisis , desde una mirada de género*. Tesis de Maestría. FLACSO Argentina.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2019. *Un mundo ch'ixi es posible. Ensayos desde un presente en crisis*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rossana, Barragán, y Fernanda Wanderley. 2009. "Etnografías del estado en América Latina". En *Íconos, Revista de Ciencias Sociales* 34: 21-25.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1987. *The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* . En *Medical Anthropology Quaterly*, 1-1: 6-41.
- Scheper-Hughes, Nancy, y Phillippe Bourgois. 2004. *Violence in war and peace: An Anthology*. New Jersey: Blackwell, Publising.

- Scheper-Hughes, Nancy, y Loïc Wacquant. 2002. *Commodifying Bodies*. London: Sage Publications.
- Scott, Joan. 1990. "Experience". En *Feminists Theorize the Political*, editado por Butler Judith y Joan Scott. New York: Rouriedge.
- Segato, Rita. 2007. "El color de la cárcel en América Latina: apuntes sobre la colonialidad de la justicia de un continente en deconstrucción". En *Nueva Sociedad*, 208: 142-161.
- . 2016. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Sistema Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI). 2019. *Registros administrativos de los Centros de Privación de Libertad*. Quito.
- Taussig, Michael. 1980. "Reification and the consciousness of the patient". En *Social Science and Medicine Medical Anthropology*, 14 -1: 3-13. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90035-6](https://doi.org/10.1016/0160-7987(80)90035-6).
- Tobar, Federico. 2014. *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. Buenos Aires: CIPPEC.
- Torres, Andreína. 2008. *Drogas, cárcel y género en Ecuador: La experiencia de mujeres "mulas"*. Tesis de maestría. FLACSO-Ecuador.
- Wacquant, Loïc. 2010a. *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa.
- . 2010b. *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Manantial.
- Zaragocín, Sofía. 2019. "Capítulo 3: geografía feminista descolonial desde la colectividad". En *Geografía Crítica para detener el despojo de los territorios: teorías, experiencias y casos de trabajo en Ecuador*. Quito: Abya Yala, Instituto de Estudios Ecologistas del Tercer Mundo.
- Zaragocín, Sofía, y Martina Angela Caretta. 2020. "Cuerpo-Territorio: A Decolonial Feminist Geographical Method for the Study of Embodiment". En *Annals of the American Association of Geographers*, 111-5: 1503-1518. <https://doi.org/10.1080/24694452.2020.1812370>.

Web bibliografía

- Agencia AFP. 2020. "420 de 600 presos dan positivo por coronavirus en la cárcel de Ambato". Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ambato-420-presos-contagiados-coronavirus.html>. Accedido el 20 de agosto del 2020.

- Arias, Laura. 2013. "Cuerpo y biopolítica. VI Encuentro Americano de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana. 2013". Disponible en: http://www.enapol.com/es/template.php?file=Textos/Cuerpo-y-biopolitica_Laura-Arias.html. Accedido el 15 de mayo 2021.
- Bachelet, Michelle. 2020. "Hay que tomar medidas urgentes para evitar que el COVID-19 'cause estragos en las priOficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos". Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=S>. Accedido el 18 de mayo del 2020.
- Báez, Jonathan. 2020. "Los recortes cobran factura al Ecuador: La inversión en salud se redujó un 36% en 2019". Disponible en: <https://coyunturaisip.wordpress.com/2020/03/28/los-recortes-cobran-factura-al-ecuador-la-inversion-en-salud-se-redujo-un-36-en-2019/>. Accedido el 30 de enero 2020.
- Arteaga, Érika, Juan Cuvi, y Xavier Maldonado. 2017. "Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa". Disponible en: <https://lalineadefuego.info/2017/05/23/politicas-neoliberales-de-salud-en-el-gobierno-de-correa-por-xavier-maldonado-erika-arteaga-y-juan-cuvi/>. Accedido el 15 de febrero 2020.
- Borja, María Sol. 2020. "Los pacientes con diálisis que mueren en la espera". Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/los-pacientes-con-dialisis-que-mueren-en-la-espera/>. Accedido el 16 de junio 2020.
- Bravo, Diego. 2020a. "La informalidad volvió con fuerza al sur y centro de Quito". Diario El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/informalidad-sur-centro-quito-covid19.html>. Accedido el 20 de diciembre 2020.
- . 2020b. "30 000 vendedores informales, en las calles de Quito". Diario El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/vendedoresinformales-calles-quito-comerciantes-desempleo.html>. Accedido el 13 de agosto 2020.
- Bravo, Diego, y Evelyn Jácome. 2019. "Dueños de negocios piden control de ventas informales al Municipio de Quito". Diario El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/comerciantes-piden-control-informalidad-quito.html>. Accedido el 17 de diciembre 2019.
- Cabnal, Lorena. 2010. "Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. ACSUR Las

- Segovias. Disponible en:
<https://porunavidavivible.files.wordpress.com/2012/09/feminismos-comunitario-lorenacabnal.pdf>. Accedido el 20 de octubre 2019.
- Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos. 2019. "Informe sobre crisis carcelaria en Ecuador, actualización". Disponible en:
<https://www.cdh.org.ec/informes/405-informe-sobre-crisis-carcelaria-en-ecuador-actualizado-31-julio-2019.html>. Accedido el 25 de mayo del 2021.
- Defensoría del Pueblo del Ecuador. 2017. "Informe de visita al CRS Cotopaxi". Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/wp-content/dpemnpt/2017/informe-CRS-latacunga-2017.pdf>. Accedido el 15 de noviembre 2020.
- . 2019a. "Pronunciamento de la Defensoría del Pueblo ante la proforma presupuestaria 2019". Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/pronunciamento-de-la-defensoria-del-pueblo-ante-la-proforma-presupuestaria-2019/>. Accedido el 15 de abril 2020.
- . 2019b. "Séptimo informe ejecutivo de personas detenidas en el Paro Nacional- Estado de excepción, octubre 2019". Disponible en: <https://www.dpe.gob.ec/la-defensoria-del-pueblo-presenta-septimo-informe-con-resultados-de-la-vulneracion-de-derechos-durante-el-estado-de-excepcion/>. Accedido el 20 de junio del 2020.
- Edición Wambra medio digital. 2019. "La protesta también fue joven". Disponible en: <https://wambra.ec/la-protesta-joven/>. Accedido el 15 de agosto del 2020.
- Fundación Dignidad. 2020. "Seguimiento COVID-19". Quito. Disponible en: <http://fdignidad.org/observatorio-dignidad>. Accedido el 15 de febrero 2020.
- García, Joaquín. 2019. "Por un día sin diálisis". Plan V. Disponible en: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/un-dia-sin-dialisis>. Accedido el 30 de abril 2020.
- Gonzalez, Jorge. 2020. "Ministro de Salud reconoce que no hay camas UCI disponibles en Quito, pero dice que no es grave la situación". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/ministro-salud-camas-covid-quito.html>. Accedido el 13 de julio 2020.
- Heredia, Valeria. 2020. "Camas hospitalarias para covid-19 están al tope en Pichincha". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/camas-uci-covid19-hospitales-pichincha.html>. Accedido el 3 de julio 2020.
- Insitituto de Atención Renal Especializada. 2020. "¿Qué es la insuficiencia renal?" .

- Disponibe en: <https://www.iareec.com/single-post/2015/10/26/¿Qué-es-la-Insuficiencia-Renal>. Accedido el 15 de agosto 2020.
- Jacome, Evelyn. 2020. "En Quito se repartirán 90 000 kits de alimentos para personas de escasos recursos". Diario El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/quito-kits-alimentos-escasos-recursos.html>. Accedido el 24 de marzo 2020.
- Maisanche, Fabián. 2020. "Fiscalía investiga amotinamientos en las cárceles de Ambato y Puyo". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/fiscalia-investiga-amotinamientos-carceles-covid19.html>. Accedido el 21 de abril 2020.
- Maldonado, Xavier. 2020. "Pensar la pandemia: Qué está pasando en Ecuador?". Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=4fokVov2ePk&feature=youtu.be&fbclid=IwAR3mVsufKRdR-Liz68JcdUmm5y8O_RxBvijk0Uf5QfY3_TgKyQ21PaKuqHQ. Accedido el 20 de setiembre 2020.
- Medicine Plus. 2020. "Diálisis y hemodiálisis". Biblioteca Nacional de Salud de los Estados Unidos. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000707.html>. Accedido el 15 de julio 2020.
- Medio digital D.W. 2019. "Cronología del paro en Ecuador, y lo que vino después". Disponible en: <https://www.dw.com/es/cronología-del-paro-en-ecuador-y-lo-que-vino-después/a-51456988>. Accedido el 2 de noviembre 2020.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013. "Se presenta nuevo Modelo de Servicios de Salud en Contextos Penitenciarios que garantiza acceso a la salud a personas privadas de libertad". Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/se-presenta-nuevo-modelo-de-servicios-de-salud-en-contextos-penitenciarios-que-garantiza-acceso-a-la-salud-a-personas-privadas-de-libertad/>. Accesado el 8 de noviembre 2020.
- _____. 2013. "Manual del Modelo de Atención Integral de Salud". Disponible en: https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf Accesado el 3 de marzo 2019. .
- _____. 2015. "Programa Nacional de Salud Renal». Ministerio de Salud Pública del Ecuador". Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469

- /Presentación Diálisis Criterios de Priorización y Planificación.pdf. Consultado el 15 de abril 2019.
- . 2018. "Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica". Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevenccion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf. Consultado el 4 de octubre 2019.
- . 2020a. "Ministros de Salud y Gobierno anuncian nuevas medidas dentro de la emergencia sanitaria". Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/ministros-de-salud-y-gobierno-anuncian-nuevas-medidas-dentro-de-la-emergencia-sanitaria/>. Consultado el 7 de julio 2020.
- . 2020b. "Yo Me Cuido, la campaña del Gobierno Nacional para incentivar el compromiso ciudadano". Disponible en: <https://www.coronavirusecuador.com/2020/08/yo-me-cuido-la-campana-del-gobierno-nacional-para-incentivar-el-compromiso-ciudadano/>. Consultado el 8 de agosto del 2020.
- Morán Susana. 2018a. "La cara cruel de la cárcel de Latacunga". Plan V. Disponible en: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-cara-cruel-la-carcel-latacunga>. Consultado el 30 de marzo del 2019.
- . 2018b. "Testimonios visitas Latacunga". Plan V. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=vXYCxEUmUTc>. Consultado el 30 de junio del 2018.
- . 2020. "Nos salvamos juntas o no se salva nadie, la historia de una red de mujeres de Quito que le hace frente a la pandemia". Plan V. Disponible en: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/nos-salvamos-juntas-o-no-se-salva-nadie-la-historia-una-red-mujeres-quito-que-le>. Consultado el 20 de noviembre 2020.
- Moreno, Lenin. 2020. "Cadena Nacional sobre reapertura económica". (publicación en perfil de Titter). Disponible en: <https://twitter.com/Lenin/status/1237556733154865152>. Consultado el 29 de diciembre 2020.
- Mujeres Amazónicas. 2019. "Pronunciamento: Las mujeres de la Amazonía hemos venido en paz". Disponible en: <https://www.amazonfrontlines.org/chronicles/las-mujeres-de-la-amazonia-hemos-venido-en-paz/>. Consultado el 12 de marzo del 2020.
- Mujeres de Frente. 2006. "La salud dentro". Revista Sitiadas. Disponible en: https://mujeresdefrente.org/wp-content/uploads/2020/11/Sitiadas_compressed-1-1.pdf. Consultado el 22 de abril del 2020.

- . 2020a. «La incorregibles» (*texto en línea en prensa*).
- . 2020b. Sitiadas 3: reflexiones sobre el estado punitivo y el sostenimiento de la vida sin estado. Fundación Rosa Luxemburgo. Disponible en: <https://mujeresdefrente.org/wp-content/uploads/2020/11/SITIADAS-III-12-11-2020-2paginas.pdf>. Accesado el 4 de enero 2021.
- . 2020c. "Crónicas del aislamiento social: durante la pandemia decretada por el coronavirus 1". Disponible en: <https://soundcloud.com/mujeresdefrente/cronicas-del-aislamiento-durante-la-pandemia-decretada-por-el-coronavirus>. Accesado el 1ero de abril 2020.
- . 2020d. "Crónicas del aislamiento social: durante la pandemia decretada por el coronavirus 2". Disponible en: <https://soundcloud.com/mujeresdefrente/cronicas-del-aislamiento-durante-la-pandemia-decretada-por-el-coronavirus>. Accesado el 4 de abril 2020.
- . 2020. «¿Qué es Mujeres de Frente?» Colectivo Mujeres de Frente. Disponible en: <https://mujeresdefrente.org/acerca-de-mujeres-de-frente/>. Accesado el 4 de agosto 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. 2020. "Casos confirmados y probables por COVID-19 reportados en los países y territorios de las Américas al 25 de abril". Disponible en: <https://ais.paho.org/hip/viz/COVID19Table.asp>. Accesado el 8 de febrero 2020.
- Ortiz, Sara. 2020a. "618 presos padecen coronavirus; 10 murieron con esta enfermedad". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/presos-coronavirus-carceles-ecuador-covid.html>. Accesado el 8 de febrero 2021.
- . 2020b. "Metropolitanos retiraron las ventas ambulantes en el Comité del Pueblo y La Bota; los informales reaccionaron con violencia". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/municipio-retiraron-ventas-comite-contagio.html>. Accesado el 8 de mayo del 2021.
- Ponce, Juan Daniel. 2020. "Trabajadores de los centros de diálisis protestan por los meses impagos". Diario Expreso. Disponible en: <https://www.expreso.ec/guayaquil/trabajadores-centros-dialisis-protestaron-meses-impagos-86969.html>. Accesado el 30 de abril 2021.
- Redacción France 24. 2020. "Ecuador es uno de los países más afectados por la pandemia". Canal France 24. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=9tzl1d0kR5E>. Accesado el 4 de mayo 2021.
- Redacción Cero Latitud. 2020. "La mayoría de aglomeraciones en Quito se registran en

- barrios del sur". Cero Latitud comunicación. Disponible en:
<https://www.cerolatitud.ec/la-mayoria-de-aglomeraciones-en-quito-se-registran-en-barrios-del-sur/>. Accesado el 8 de agosto 2020.
- Redacción Ecuador en la Mira. 2020. "En Quito reclamamos por kits alimenticios". Ecuador en la mira. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Oayhc4IqiWs>. Accesado el 4 de octubre 2020.
- Redacción Ecuador TV. 2019. "Vendedores informales serán reubicados en Quito". Ecuador TV. Disponible en: <https://www.ecuadortv.ec/categoria/telediario/noticias/venta-informal-quito-estefania-grunauer-municipio>. Accesado el 8 de enero 2020.
- . 2020a. "Entrega de kits de alimentos Monte Sinaí en Guayaquil". Ecuador TV. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=AQN3o8-XDuE>. Accesado el 8 de abril 2021.
- . 2020b. "Autoridades llaman al cuidado sanitario tras incidentes en Mercado Mayorista de Quito". Ecuador TV. Disponible en:
<https://www.ecuadortv.ec/noticias/actualidad/autoridades-cuidado-sanitario-mayorista?>
Accesado el 4 de abril 2020.
- Redacción El Comercio. 2019. "Visitas en cárceles de Guayaquil se reanudan paulatinamente". El Comercio. Disponible en:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/visitas-carceles-guayaquil-penitenciaria-reanudacion.html>. Accesado el 21 de junio 2021.
- . 2020a. "Presidente Moreno anuncia que retomará actividades oficiales; viajará a Guayaquil la próxima semana". El Comercio. Disponible en:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/presidente-moreno-retoma-actividades-covid19.html>. Accesado el 15 de febrero 2021.
- . 2020b. "Romo confirma 4 965 casos de covid-19 en Ecuador; se registran 272 fallecidos hasta la mañana del 9 de abril de 2020". El Comercio. Disponible en:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/romo-coronavirus-ecuador-covid19-datos.html>.
Accesado el 9 de abril del 2020.
- . 2020c. "Personas privadas de la libertad construyen féretros para donación". El Comercio. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/detenidos-carcel-ambato-feretros-covid19.html>. Accesado el 12 de abril 2020.
- . 2020d. "Alcalde Yunda anuncia que el COE nacional dispuso que Quito cambie al semáforo amarillo el próximo 3 de junio". El Comercio. Disponible en:

- <https://www.elcomercio.com/actualidad/yunda-confirma-quito-semaforo-amarillo.html>.
Accesado el 28 de mayo 2020.
- Redacción El Universo. 2019. "Se amplió un mes el estado de excepción en las cárceles de Ecuador". El Universo. Disponible en:
<https://www.eluniverso.com/noticias/2019/07/16/nota/7427856/se-amplio-mes-estado-excepcion-carceles-ecuador>. Accesado el 16 de julio 2020.
- . 2020a. "Paúl Granda, presidente del IESS, da positivo para Covid-19". El Universo. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/04/28/nota/7825839/paul-granda-presidente-iess-da-positivo-covid-19>. Accesado el 19 de junio 2020.
- . 2020b. "El presidente Lenín Moreno anunció recorte en gasto público". El Universo. Disponible en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/03/10/nota/7776324/ecuador-medidas-economicas-gasolina-extra-combustibles-lenin-moreno>. Accesado el 10 de marzo 2020.
- . 2020c. "Más de 100 muertos en clínicas de diálisis, incluido su director". Disponible en: <https://www.eluniverso.com/guayaquil/2020/04/07/nota/7806681/100-muertos-clinicas-dialisis-incluido-su-director>. Accesado el 7 de abril 2020.
- . 2020d. "Amotinamiento en cárcel de Turi, en Cuenca, tras muerte de interno con COVID-19". El Universo. Disponible en:
<https://www.eluniverso.com/noticias/2020/06/08/nota/7865832/amotinamiento-carcel-turi-cuenca-tras-muerte-interno-covid-19>. Accesado el 8 de junio 2020.
- . 2020e. "Internos reclamaron por comida y supuestos malos tratos en cárcel de Cotopaxi". El Universo. Disponible en:
<https://www.eluniverso.com/noticias/2019/07/23/nota/7439097/internos-reclamaron-comida-supuestos-malos-tratos-carcel-latacunga>. Accesado el 23 de julio 2020.
- Redacción La Hora. 2020. "Quito: el debate está entre la pobreza y el coronavirus". Diario La Hora. Disponible en: <https://www.lahora.com.ec/quito/noticia/1102315438/quito-el-debate-esta-entre-la-pobreza-y-el-coronavirus>. Accesado el 3 de junio 2021.
- Redacción Pichincha Comunicaciones. 2020. "Huelga de hambre en CDP del Inca por falta de atención ante emergencia sanitaria". Pichincha comunicaciones. Disponible en:
<http://www.pichinchacomunicaciones.com.ec/huelga-de-hambre-en-cdp-del-inca-por-falta-de-atencion-ante-emergencia-sanitaria/>. Accesado el 3 de junio 2020.
- Redacción Primicias. 2020a. "Así funciona la base de beneficiarios de los kits de alimentos". Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/kits-alimentos->

- registro-social-coronavirus/. Accesado el 4 de julio 2020.
- . 2020b. “El 19% de contagios de Quito se reporta desde parroquias rurales”. Diario Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/contagios-quito-reporta-parroquias-rurales/>. Accesado el 4 de julio 2020
- . 2020c. “En mercado de Quito vendedores agreden a metropolitanos, habrá más controles”. Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/lo-ultimo/quito-vendedores-agredieron-a-funcionarios-metropolitanos/>. Accesado el 21 de marzo 2020.
- . 2020d. “Gobierno restringe visitas en las cárceles por el coronavirus”. Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/gobierno-restringe-visitas-carceles-coronavirus/>. Accesado el 18 de abril 2020.
- . 2020e. “SNAI busca proveedor para alimentar a presos por USD 2,50 al día”. Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/snai-busca-proveedor-alimentar-presos/>. Accesado el 17 de junio 2020.
- . 2020f. “Vigilancia comunitaria, el plan que se aplica en Quito para frenar los contagios”. Primicias. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/vigilancia-comunitaria-plan-quito-frenar-contagios/>. Accesado el 15 de julio 2020.
- Redacción Radio La Calle. 2020. “Covid-19: Privados de la libertad en El Inca están en huelga de hambre por contagio masivo”. Radio La Calle. Disponible en: <https://radiolacalle.com/social/covid-19-privados-de-la-libertad-en-el-inca-estan-en-huelga-de-hambre-por-contagio-masivo>. Accesado el 13 de abril 2020.
- Redacción The World News. 2020. “Yunda lideró entrega de 100 kits de alimentos a familias vulnerables en Chinangachí”. The World News. Disponible en: <https://theworldnews.net/ec-news/yunda-lidero-entrega-de-100-kits-de-alimentos-a-familias-vulnerables-en-chinangachi>. Accesado el 7 de julio 2020.
- Redacción TVC. 2020. “Investigan agresiones entre comerciantes y policías en el centro de Quito”. TVC. Disponible en: <http://www.tvc.com.ec/actualidad/investigan-agresiones-comerciantes-policias-centro-quito-35764>. Accesado el 20 de marzo 2020.
- Redacción Vistazo. 2020. “Pacientes renales protestan por centros de diálisis impagos y trabas para conseguir carnés de discapacidad”. Vistazo. Disponible en: <https://www.vistazo.com/seccion/actualidad-nacional/pacientes-renales-protestan-por-centros-de-dialisis-impagos-y-trabas>. Accesado el 9 de julio 2020.
- Rincón, Fernando. 2020. “El mensaje de las autoridades de Ecuador: “Tenemos que estar

- unidos””. CNN en español. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/video/maria-paula-romo-ecuador-coronavirus-pandemia-medidas-del-rincon-cnne-intv-conclusiones/>.
Accesado el 6 de junio 2020.
- Rosero, Mariela. 2020. “Catalina Andramuño renuncia al Ministerio de Salud de Ecuador en medio de la emergencia del covid-19”. El Comercio. Disponible en:
<https://www.elcomercio.com/actualidad/catalina-andramuno-renuncia-ministra-salud.html>. Accesado el 21 de marzo 2020.
- Servicio Nacional de Atención a Población Privada de Libertad y Adolescentes Infractores. 2020a. “EL SNAI trabaja para evitar el contagio del COVID-19 en la población penitenciaria”. Disponible en: <https://www.atencionintegral.gob.ec/el-snai-trabaja-para-evitar-el-contagio-del-covid-19-en-la-poblacion-penitenciaria/>. Accesado el 4 de octubre 2020.
- . 2020b. «Lineamientos para la prevención del COVID-19 en el sistema nacional de rehabilitación social y adolescentes infractores». Disponible en:
<https://www.atencionintegral.gob.ec/el-snai-activo-lineamientos-para-la-prevencion-del-covid-19/>. Accesado el 20 de setiembre 2020.
- Sotomayor, Diana. 2020. «Empleados de centros de diálisis exigen el pago de su sueldo con una protesta». Diario Expreso. Disponible en:
<https://www.expreso.ec/guayaquil/empleados-centros-dialisis-exigen-pago-sueldo-protesta-14003.html>. Accesado el 20 de setiembre 2020.
- Teleamazonas Ecuador. 2020. «Moradores de Colinas del Norte piden la realización de pruebas para Covid-19». Teleamazonas. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=tEujmZu3Xg8>. Accesado el 20 de setiembre 2020.
- Testimonio de vecino de Guayaquil. 2020. «Testimonio beneficiario de kit de alimentos en Guayaquil». Blog personal. 2020. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=qRDASywQqVw&t=6s>. Accesado el 23 de octubre 2020.
- Velasco, Margarita, Francisco Hurtado, y Jesús Tapia. 2020a. «¿Estaba preparado el sistema de salud para enfrentar la pandemia?» Observatorio Social del Ecuador. Disponible en:
<https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica-pandemia-1>. Accesado el 23 de octubre 2020.
- . 2020b. «El acceso geográfico desigual a la salud en Ecuador». Observatorio Social del Ecuador. Disponible en: <https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica->

pandemia-2. Accesado el 23 de octubre 2020.

Velasco, Margarita, Jesús Tapia, y Francisco Hurtado. 2020a. «El Covid-19 recorre las desigualdades del Ecuador ¿sobrevivir o quedarse en casa?». Observatorio Social del Ecuador. Disponible en: <https://www.covid19ecuador.org/analisis>. Accesado el 23 de octubre 2020.

———. 2020b. «Precarización del trabajo durante la pandemia ¿Quiénes arrimamos el hombro?». Observatorio Social del Ecuador. Disponible en: <https://www.covid19ecuador.org/post/trabajo-precario-pandemia>. Accesado el 23 de octubre 2020.

Vite, Javier. 2020. «Internos de Centro de Detención Provisional de El Inca realizan huelga de hambre». Ecuavisa. Disponible en: <https://www.ecuavisa.com/video/noticias/internos-centro-detencion-provisional-inca-realizan-huelga-hambre>. Accesado el 29 de abril 2020.